FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 101.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GOMMES TUBERCULEUSES

DE LA LANGUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1896

PAR

Louis-Joseph LE NADAN

Né à LORIENT (Morbihan), le 24 Novembre 1869.

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur	*Président*
	COYNE	professeur	*Juges*
	MESNARD	agrégé	*Juges*
	SABRAZÈS	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 101.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GOMMES TUBERCULEUSES

DE LA LANGUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1896

PAR

Louis-Joseph LE NADAN

Né à LORIENT (Morbihan), le 24 Novembre 1869.

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur		*Président*
	COYNE	professeur		
	MESNARD	agrégé		*Juges*
	SABRAZÈS	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

—

1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
AZAM..... Professeurs honoraires

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. Le DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE, DE MA MÈRE ET DE MA TANTE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE JOSEPH LE NADAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE DANTEC

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE

MAITRE RÉPÉTITEUR A L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHARGÉ DU COURS DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUCHÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEF DES TRAVAUX D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEF DU SERVICE OPHTALMOLOGIQUE A L'HOPITAL DES ENFANTS

OFFICIER D'ACADÉMIE

CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARNOZAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

La tuberculose peut affecter au niveau de la langue quatre formes principales, tantôt absolument isolées, tantôt diversement combinées. Ce sont :

1° L'ulcération tuberculeuse ;

2° Le lupus tuberculeux ;

3° La tuberculose miliaire aiguë ;

4° La gomme tuberculeuse.

C'est cette dernière forme que nous nous proposons d'étudier ici. Mais, auparavant, nous tenons à remercier M. le professeur agrégé W. Dubreuilh, qui nous a inspiré le sujet de ce travail et a bien voulu nous communiquer une observation inédite, recueillie dans son service.

Nous remercierons également M. le professeur agrégé Auché, qui a mis à notre disposition les résultats anatomo-pathologiques complets du cas clinique de M. Dubreuilh.

Enfin, nous sommes heureux d'exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Arnozan pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons pas nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, et, en particulier, M. le professeur agrégé Lagrange, qui nous a toujours prodigué des marques d'une affectueuse sympathie.

Nous terminerons par notre maître, compatriote et ami, M. le professeur agrégé Le Dantec. Il n'a jamais cessé de nous soutenir à chaque instant de ses conseils et de sa grande amitié ; il sait le chagrin que nous éprouvons en nous séparant de lui ; il sait aussi que nous ne lui adressons pas un remerciement banal : nous ne faisons que profiter de la seule occasion qui s'offre à nous de lui témoigner publiquement notre profonde reconnaissance.

DIVISION DU SUJET

Nous avons divisé notre travail en neuf chapitres :

Chapitre Premier. Historique.
— II. Observations.
— III. Anatomie pathologique.
— IV. Etiologie.
— V. Pathogénie.
— VI. Symptomatologie.
— VII. Diagnostic et pronostic.
— VIII. Traitement.
— IX. Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis 1804 où, dans son cours d'anatomie médicale, Portal rapporte l'observation d'une femme morte tuberculeuse et dont la langue examinée à l'autopsie fut trouvée « pleine de concrétions stéatomateuses, dont quelques-unes étaient globuleuses et de la grosseur d'un pois », depuis cette époque jusqu'aux travaux récents de Sauvage (1894) et de Rolland (1895), l'historique des gommes tuberculeuses linguales se trouve disséminé ça et là et sous des titres différents : gommes tuberculeuses, abcès froids, tuberculomes, etc.

En 1844, Maisonneuve, dans sa thèse pour le professorat, signale la possibilité des abcès froids, mais il n'en connaît aucune observation. Demarquay (*Dict de Méd. Pratique*, de Jaccoud, Art. Langue) dit que rien n'en prouve l'existence. Blandin, dit-il pourtant, ouvrit une collection de ce genre en la prenant pour un kyste. Même aventure arriva à son élève Brignon.

En 1873, Clarke (A treatise of diseases of the tongue, p. 213 et suivantes) s'exprime ainsi :

« Parfois on rencontre dans la langue des tumeurs présentant une ressemblance parfaite, dans leur aspect général, avec les syphilomes, mais qui semblent avoir plutôt une origine strumeuse ou tuberculeuse. Dans les premières années de la vie, avant l'âge de vingt ans, pareilles tumeurs ne sont pas très rares. Elles sont analogues aux dépôts scrofuleux que nous voyons dans d'autres parties du corps, et, comme eux, sont d'un caractère chronique.

» Une fillette de quatorze ans a été soumise à mon observation pendant un couple d'années : elle présente une tumeur solide, non élastique, de la grosseur d'une aveline, dans la moitié droite de la langue. Les tissus voisins sont légèrement épaissis, et la membrane muqueuse est parsemée de papilles distendues offrant l'apparence de petits kystes ou de grains de sagou bouillis. Cette tumeur attira, pour la première fois, son attention à l'âge de neuf ans, et elle est demeurée toujours à peu près la même depuis ; le traitement ne semble produire aucun effet sur elle. La fillette est d'apparence strumeuse, et son père a cruellement souffert d'une affection tuberculeuse des jointures. Par conséquent, le caractère tuberculeux de la tumeur linguale ne fait aucun doute pour moi, et je prévois que plus tard elle s'amollira et s'ouvrira.

» On rapporte le cas d'un petit garçon de quatre ans, qui avait une tumeur de la grosseur d'une noisette près de la pointe de la langue. Comme elle ne cédait pas à la poudre grise, *to gray powder*, mais qu'elle s'accroissait rapidement jusqu'à atteindre la dimension d'un œuf de poule, elle fut enlevée à l'aide d'un crampon d'acier, et l'hémorrhagie s'arrêta par le cautère actuel. L'enfant guérit parfaitement. » (*Lancet* April. 26 th. 1826.)

En ce qui concerne la suite de l'historique, nous dirons qu'il est tout entier contenu dans nos observations. Nous renverrons donc au Chapitre suivant ou à notre Index Bibliographique.

Signalons toutefois que dans l'observation de De Brun, 1883, nous trouvons pour la première fois la ponction exploratrice et l'analyse histologique employées comme moyen de diagnostic.

En 1884, Gade, par l'examen microscopique de la gomme, trouve des bacilles tuberculeux dans quelques myéloplaxes.

En 1892 enfin, Le Dentu pratique avec succès l'inoculation au cobaye.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

(Fano. — *Union médicale*, 1868. — Sauvage. — Thèse Paris 1894-95, nº 88, p. 13.)

Abcès froid et fistule de la langue. — Guérison.

M. B..., âgé de vingt-huit ans, commerçant, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant présenté antérieurement quelques phénomènes équivoques du côté de la poitrine, de la clientèle de M. le docteur Pfeiffer, m'est conduit par notre confrère le 11 septembre dernier. Le malade nous apprend que, il y a environ quatre mois, il s'est formé une grosseur sur la partie droite de la langue, que cette grosseur s'est ouverte sans qu'il s'en aperçût, et que, depuis cette époque, il est resté une ouverture.

Il existe actuellement sur la face dorsale de la langue, à droite de la ligne médiane, à la réunion du tiers antérieur avec le tiers moyen de l'organe, une ouverture dans laquelle il est facile d'introduire un stylet de trousse. On constate, avec cet instrument, que la membrane

fibro-muqueuse de la face dorsale de la langue est décollée des tissus subjacents, dans un rayon d'environ 1 centimètre, rayon dont l'ouverture elle-même serait le centre. Le reste de la langue ne présente aucune tuméfaction, aucun état anormal.

Le 14 septembre, avec l'assistance de M. le docteur Pfeiffer, je procède à l'opération suivante : après avoir introduit un stylet cannelé par l'ouverture de la fistule, je fends, avec des ciseaux fins, la membrane fibro-muqueuse de la face dorsale de la langue, en arrière, en avant et sur les côtés, dans toute la longueur de la portion décollée. L'écoulement de sang est insignifiant. J'introduis jusqu'au fond de la plaie quelques brins de charpie. Le lendemain et les jours suivants, je retire la charpie de la veille pour en introduire de la nouvelle ; je suis même contraint de renouveler cette opération plusieurs fois dans la journée, les mouvements de la langue, dans l'action de parler, de boire et surtout de manger, chassant la charpie de la cavité qu'elle occupe.

Le 18, je supprime la charpie et cautérise, avec la pierre infernale, les parties superficielles de la plaie pour empêcher une cicatrisation de la surface avec le fond. Cette cautérisation, très légère du reste, est répétée tous les jours suivants.

Le 29, le patient me fait remarquer qu'il s'est développé, dans l'épaisseur de la moitié de la langue, une induration bien limitée ; cette induration augmente les jours suivants et présente à la fin de septembre, le volume d'une amande de noisette.

Le 9 octobre, la fistule sous-fibro-muqueuse de la langue, du côté droit, est complètement cicatrisée ; les bords de la solution de continuité se sont cicatrisés isolément, de façon qu'il reste, au niveau de la place occupée antérieurement par la fistule, une fente antéro-postérieure qui n'est apparente que lorsqu'on exerce un effort de traction sur les lèvres avec les doigts, qui disparaît complètement lorsque la langue est dans la bouche ou hors de cette cavité.

A gauche, la tumeur, qui occupait l'épaisseur de la langue, s'est

ramollie, une ponction pratiquée avec une lancette en fait sortir une certaine quantité de pus jaune verdâtre, ressemblant au pus des abcès froids. Dès le lendemain, l'incision était cicatrisée et la tumeur avait complètement disparu.

Observation II

(Observation de Gosselin, 1872 (Cliniques), rapportée par Sauvage, thèse citée.)

Il est entré dans la salle Sainte-Vierge, au n° 6, un homme âgé de cinquante ans, jardinier, que j'ai déjà soigné à l'hôpital Beaujon, pour une affection dont je ne me souviens pas, mais qui pourrait bien être, d'après le dire du malade, soit un érythème de l'anus soit un abcès de la région anale. En tout cas, la maladie dont il est atteint aujourd'hui n'a aucun rapport avec celle qui avait nécessité son entrée à l'hôpital il y a dix ans.

Il se plaint d'avoir, depuis huit mois, un petit bouton à la langue sur la ligne médiane, et une grosseur dans l'épaisseur de l'organe lingual à gauche. Cette tuméfaction n'est pas douleureuse et ne l'a jamais été jusqu'à présent ; elle n'a gêné en rien ses fonctions, seulement elle apporte par sa présence un notable embarras de la prononciation. C'est pour chercher remède à ce dernier inconvénient que le malade est venu demander le secours de notre art.

Lorsque nous l'examinâmes le jour de son entrée, nous constatâmes la présence de deux choses qui ne me semblaient au premier abord nullement liées ensemble :

1° Une petite saillie verruqueuse un peu à droite de la ligne médiane, sur la face supérieure de la langue, à 2 centimètres environ de sa pointe ; ses bords arrondis offrent un léger relief, et circonscrivent une sorte de dépression ayant tout à fait l'aspect de l'ouverture extérieure d'un trajet fistuleux.

2° Une tumeur assez considérable occupant le côté gauche de la langue, grosse comme une noix, mollasse, donnant la sensation manifeste de fluctuation, mais une fluctuation sans résistance, sans élasticité, en tout semblable à celle qu'on perçoit en examinant une poche incomplètement remplie de liquide. La pression ne fait sortir aucune matière fluide par la surface de la petite saillie médiane ; le malade, en outre, nie formellement avoir vu ou senti sortir un liquide quelconque, si bien que nous pourrions penser à l'indépendance de la tumeur et du petit bouton médian.

Une ponction, avec le trocart de l'appareil Potain, fut faite avant-hier (2 juin 1872) ; nous retirâmes une petite quantité de pus séro-sanguinolent. Nous étions donc en présence d'un abcès, abcès ancien formé dans l'épaisseur de la langue, abcès que, pour ces raisons, j'appelle *abcès froid enkysté*.

Restait à expliquer de quelle nature était la saillie verruqueuse médiane. Hier, j'ai introduit un stylet au fond de la dépression qui s'y trouve, et je suis arrivé, par un trajet étroit et flexueux, jusque dans la cavité de l'abcès.

Il y a donc une relation incontestable entre la tumeur et la saillie.

Mais pourquoi la pression ne faisait-elle rien sortir par l'ouverture fistuleuse ? Pourquoi le malade n'avait-il jamais constaté l'issue d'un liquide quelconque ? Eh bien ! il est probable que la flexuosité du trajet et son étroitesse empêchaient le reflux du liquide, et il est également probable que la tumeur se vidait de temps en temps, mais à l'insu du malade.

Quant à la question de savoir ce qui a existé en premier lieu, de la collection liquide ou du bouton, nous n'avons que des données très vagues pour établir la relation de priorité qui existe entre ces deux lésions. Je penche vers l'opinion que l'abcès froid a commencé et s'est ensuite ouvert à la face dorsale et au niveau de la langue ; j'ajouterai que les commémoratifs n'éclairent en rien cette histoire de la maladie.

C'est un cas rare que cette affection de la langue, les auteurs classiques n'en parlent pas, et nous-même quand nous avons, avec Denonvilliers, écrit l'article *Maladies de la langue* dans le *Conpendium de chirurgie*, nous n'en avons pas trouvé d'exemples. M. Maisonneuve, dans une thèse antérieure à ce Compendium, a bien réuni quatre ou cinq observations des abcès de la langue empruntées à divers auteurs, mais c'étaient des abcès superficiels sous-muqueux, développés dans des grenouillettes, et tout à fait différents de l'abcès parenchymateux dont vous avez un exemple sous les yeux.

Je n'ai à ma connaissance qu'un fait, dont l'observation a été publiée en 1868 par M. Fano, qui pourrait ressembler au cas dont nous nous occupons. Il est relatif à une fistule ouverte à la partie supérieure de la langue, ayant un trajet sous-muqueux, et paraissant consécutive à un abcès froid. Chez notre malade il y a quelque chose de semblable ; seulement nous avons actuellement, outre la fistule, une collection évidente, tandis que sur celui de M. Fano la fistule existait seule, et l'abcès préalable a été présumé, mais non constaté. De plus, ici, l'abcès préalable a été parenchymateux, et l'observation précitée indique l'existence d'un foyer situé entre la muqueuse et les muscles de la langue.

Quelle est donc la cause de cette suppuration, de cet abcès froid enkysté ? Eh bien, nous ne sommes pas du tout renseigné sur l'étiologie de cette tumeur. Elle est venue sans blessure, sans cause appréciable, sans douleurs ; le malade ne s'est aperçu de sa présence que quand déjà elle avait acquis le volume que vous lui voyez aujourd'hui. On pourrait se demander si cet homme n'a pas un corps étranger dans l'épaisseur de la langue; j'ai encore présente à la mémoire l'histoire d'un malade sur lequel j'ai vu inciser un abcès fistuleux, abcès au fond duquel se trouvait une couronne de dents. Quelque temps auparavant, en effet, le patient était tombé, s'était brisé une dent, et n'avait pas remarqué que le morceau s'était implanté dans l'épaisseur de la langue.

Je suis, du reste, d'autant plus fondé à me poser cette question, qu'en explorant la cavité, le bord du stylet a été arrêté par une sorte de bride résistante, sur la nature de laquelle je ne suis pas fixé, et qui pourrait être un corps étranger ou une production pathologique quelconque. Nous avons pensé encore à la présence d'une tumeur hydatique suppurée, mais l'examen du liquide retiré par la ponction avant-hier n'a pas démontré l'existence de membranes ni celles de crochets appartenant à des échinocoques. Nous recueillerons néanmoins à nouveau ce qui s'écoulera à l'ouverture du kyste, pour le soumettre à de nouvelles explorations.

Enfin l'idée a pu se présenter qu'il s'agissait d'une gomme suppurée. Mais le malade n'accuse aucun antécédent syphilitique, et bien que, dans d'autres régions, comme j'aurai l'occasion de vous le dire, la gomme se transforme quelquefois en un abcès, je ne sache pas qu'on ait observé ce phénomène à la langue. Je ne l'ai, pour ma part, jamais vu. Les gommes de la langue ne sont pas rares, et nous les voyons habituellement se terminer par une ulcération et élimination, mais non par un abcès.

Je pense donc, pour le moment, que nous avons affaire à un abcès froid enkysté de la langue. Nous verrons ultérieurement si cet abcès coïncide avec quelque autre lésion inappréciable aujourd'hui.

Que nous reste-t-il à faire? l'indication est nette: il faut fendre largement la poche.

Si nous trouvons un corps étranger, nous l'extrairons.

Si nous trouvons une production pathologique, nous l'enlèverons.

Si nous trouvons des hydatites, ou si nous ne trouvons rien que du pus, nous exciterons le fond du foyer, afin d'y faire naître des granulations cicatricielles et de combler ainsi la cavité qui sécrète le pus.

Nous allons donc passer, à l'aide d'une aiguille courbe, un fil à travers la langue, afin de la maintenir solidement.

J'inciserai la poche, j'examinerai le fond; s'il y a hémorrhagie, nous

cautériserons au fer rouge, et nous emplirons la cavité avec des boulettes de charpie en queue de cerf-volant.

Observation III

(*France médicale*, février 1883. T. I nº 14. — Hôpital Saint-Louis. Service de M. Péan. — Observation recueillie par M. H. de Brun, interne du service.)

Abcès froid de la langue. — Ablation de la poche. — Suture. — Réunion par première intention.

La nommée Marie Ch..., âgée de trente-cinq ans, journalière, présente sur le bord droit de la langue une tumeur ronde, sphérique, du volume d'une grosse noix, bien limitée, molle, fluctuante, sans douleur à la pression ou aux mouvements. Cette tumeur commence à deux centimètres en arrière de la pointe de la langue, paraît adhérer à la muqueuse, ne détermine aucune augmentation de température à son niveau, aucun changement de coloration. Absolument indolore spontanément, on peut la palper, la malaxer même sans déterminer la moindre souffrance ; elle ne s'accompagne d'aucun œdème ; les dents de son côté ne laissent leur empreinte ni à son niveau ni sur le bord correspondant de la langue ; malgré son volume, la tumeur n'apporte aucun trouble à la mastication, à la prononciation, à la déglutition.

Son début remonte à quatre mois. Un beau jour, sans cause appréciable, la malade constate une élevure du côté droit de la langue. Pendant un mois, cette tuméfaction augmente assez rapidement de volume, puis elle reste stationnaire, et depuis trois mois elle paraît n'avoir fait aucun progrès. L'état général est excellent.

En présence d'une affection pareille, à marche relativement rapide,

on crut à un kyste hydatique. Une ponction donna issue à un pus mal lié, présentant quelques grumeaux et contenu dans une poche à paroi grisâtre et villeuse. La poche fut enlevée largement et on plaça ensuite des fils de soie verticalement dans l'épaisseur de la langue à une certaine distance les uns des autres et à quelques millimètres en dedans de la surface sanglante. Les deux extrémités de chacun d'eux furent ensuite serrées et nouées ensemble. Il suffit de cinq fils pour obtenir une réunion parfaite. Au bout de quatre jours on les enleva; la réunion était absolue, et, dix jours plus tard, toute tuméfaction de la langue avait disparu, la malade était absolument guérie.

L'examen histologique de la poche a donné le résultat suivant : la paroi de l'abcès est garnie à sa partie interne de masses végétantes. Cette paroi est surtout très épaisse à sa partie profonde. Ces masses végétantes sont constituées par des éléments nucléaires et des vaisseaux embryonnaires. Autour de quelques-uns de ces vaisseaux, on trouve des tubercules à toute période de développement, les uns disséminés, les autres agglomérés. Dans la partie de la paroi la plus épaisse, on trouve encore quelques masses tuberculeuses et des vestiges de fibres musculaires en dégénérescence séreuse.

Il s'agit donc d'un abcès froid de la langue.

Réflexions. — Le diagnostic dans le cas actuel était difficile, et la raison pour laquelle on n'a guère pensé à l'abcès froid, c'est la rareté même de cette affection. On ne connaît guère que deux cas d'abcès froid de la langue ; un de M. Gosselin, un autre de Fano. Dans aucun des deux cas, l'examen histologique n'a été pratiqué. M. Schwartz (communication orale) a eu aussi l'occasion d'observer un fait analogue à l'hôpital Rothschild. En raison de l'indolence, de la marche relativement rapide de l'affection (car ce sont-là deux termes saillants dans l'histoire de ces abcès), il crut à une gomme syphilitique. Le traitement mercuriel fut absolument inefficace, et la ponction fit reconnaître la nature de la maladie.

En se fondant sur les quatre faits actuellement connus, on peut

admettre que la tuberculose, qui débute le plus souvent par la muqueuse linguale, peut aussi prendre naissance dans les parties plus profondes de l'organe, de même qu'il existe des manifestations syphilitiques et épithéliales superficielles et profondes de la langue. Cette tuberculose profonde, si l'on s'en rapporte aux quatre faits connus, est un type de tuberculose locale déterminant fort peu de troubles fonctionnels, développée en quelque sorte à froid dans l'épaisseur du parenchyme contrairement aux lésions tuberculeuses superficielles, qui, le plus souvent, se produisent chez des sujets déjà plus ou moins atteints par la phtisie pulmonaire.

Nous croyons devoir aussi insister sur le traitement employé dans le cas qui nous occupe, et qui consiste dans une large ablation de la poche, et dans l'accolement des surfaces sanglantes à l'aide de points de suture. Ce procédé a permis d'obtenir une réunion immédiate et par conséquent une guérison rapide. Les procédés employés dans les autres cas, et notamment dans celui de Gosselin, sont loin d'avoir donné un résultat aussi brillant.

Observation IV (Gade)

(D'après thèse Whitman, rapportée *in* thèse Sauvage, p. 49.)

Tuberculose de la langue.

Le nommé X..., âgé de quarante-quatre ans, fut admis le 18 décembre 1883, dans la section chirurgicale de l'Hôpital National (professeur Nicolaysen), à cause d'une tumeur qu'il avait sur la langue.

Selon le journal, la moitié gauche de la langue, depuis la pointe et 4 centimètres en arrière, était tuméfiée et la tumeur était de la grosseur d'une grosse noix, elle était presque infiltrée et couverte d'une membrane muqueuse rouge et injectée d'une façon égale.

Au bord gauche de la langue, on observait à peu près au centre de la tumeur une ulcération ovale, irrégulière, peu profonde, de 1 centimètre de longueur, autour de laquelle on voyait quelques rares granules jaune blanc, mais dont le bord était formé d'une membrane muqueuse qui était un peu dure à sa base. Il s'adressa à M. le docteur Bœck qui enleva à la lime quelques chicots pointus, et qui cautérisa la plaie avec de la résorcine, ce qui cependant fut sans utilité, car malgré cela la tumeur s'étendait toujours davantage. Cependant, jusqu'au onzième jour, avant l'entrée du malade, la plaie était plus petite que précédemment, car, jusqu'à cette époque, sa moitié antérieure était couverte d'un groupe de points semblables à des tubercules, ce que le docteur Bœck a signalé surtout.

L'état du malade était bon, mais il avait l'air pâle, et l'on constatait des signes tuberculeux au sommet du poumon gauche ; mais on ne remarqua aucune modification nette de la sonorité à la percussion.

Dans une communication que le professeur Nicolaysen a eu l'obligeance de me faire, il établit de la façon suivante les caractères qui déterminent le diagnostic.

En raison de l'infiltration générale et de la circonstance que le bord de la plaie est assez uni et mou, et à cause d'un développement rapide de la tumeur, il ne pourrait être question d'un carcinome.

La forme de la tumeur, sa consistance, sa croissance rapide indiquaient plutôt un sarcome, tandis que la description que le docteur Bœck fit de l'aspect de la plaie à son début et la nature actuelle de cette dernière indiquent une affection tuberculeuse. La difficulté d'arriver d'une façon décisive, au point de vue clinique, à ce dernier diagnostic dépendait du néoplasme qui se formait rapidement et qui, d'après mon expérience, ne pouvait convenir à un dépôt tuberculeux. Il est possible que le badigeonnage fait avec une solution de résorcine ait produit un effet irritant, que la tumeur doive être considérée comme étant principalement un néoplasme inflammatoire.

Il y a d'autant plus de raison de croire que la plaie dépendait d'une

infection tuberculeuse que l'état de l'un des poumons était très suspect et que l'état de l'homme semblait également l'indiquer.

C'est donc la recherche microscopique des parties extirpées qui doit déterminer le diagnostic, comme cela s'est fait dans un cas ayant une certaine ressemblance avec le cas en question et qui s'est présenté, il y a quelques années, dans le service chirurgical de l'Hôpital National.

Le diagnostic probable était donc « tuberculose linguale », et le 21 décembre 1883 la moitié gauche de la langue fut extirpée, et le patient quitta l'hôpital le 31 décembre 1883, après avoir été déclaré guéri.

A l'examen anatomo-pathologique de la partie extirpée, on trouve que la base de l'ulcération était formée d'une infiltration assez égale, mais un peu granuleuse, d'environ 3 millimètres d'épaisseur au centre de laquelle un cordon également infiltré s'étend en bas. Une coupe verticale de la surface de l'ulcération montre : en bas, de nombreuses granulations très distinctes dont les plus grandes sont de la grosseur d'un grain de moutarde ; elles ont un aspect nettement tuberculeux, tantôt transparentes, grisâtres, tantôt jaune blanc, un peu opaques. Elles sont placées entre les faisceaux musculaires dans une disposition radiale et en partant de l'ulcération. Ces granulations se présentent très nettement après les avoir laissées quelques heures dans l'alcool.

A l'examen microscopique, on voit que le fond de l'ulcération est occupé par une infiltration cellulaire irrégulière de la membrane muqueuse et, surtout vers le bord, il y a des restes du revêtement épithélial. En outre, dans toute cette partie superficielle, une quantité de globules sanguins sont disséminés.

Immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse, l'infiltration se compose de tubercules serrés qui ont presque délogé et supplanté les fibres musculaires. Au centre, les tubercules sont jaunâtres, à grains fixes, et résistent à la coloration par le bleu de méthyle. A la base, les tubercules deviennent de plus en plus rares et isolés, et ils

sont incrustés entre les fibres musculaires qu'ils refoulent; mais ici aussi les myéloplaxes sont nombreux et distincts, la circonférence des tubercules est en général marquée par une accumulation plus dense des cellules circulaires. Dans un grand nombre de myéloplaxes, on a trouvé des bacilles tuberculeux, mais en quantité peu considérable ; le plus grand nombre qu'on en a trouvé dans un seul myéloplaxe est quatre.

Le cas en question pourrait sans doute donner lieu à d'autres observations, mais je le rapporte ici principalement comme un bel exemple d'une localisation peu commune de la tuberculose. Il est possible que cette maladie de la langue ait été produite par une affection de la salive due à une égratignure causée par les chicots pointus.

Observation V (H. Barth).

(Soc. méd. Hôp. de Paris. Séance du 25 novembre 1887.)

Tuberculisation parenchymateuse de la langue à forme nodulaire (Gommes tuberculeuses de la langue. — Présentation du malade).

Je mets sous les yeux de la Société (Soc. méd. des Hôp. de Paris) un malade que je crois atteint d'une forme rare et peu décrite jusqu'à présent de tuberculose linguale.

C'est un homme de quarante-six ans, placier en marchandises, qui est entré il y a cinq mois dans mon service à l'hôpital Tenon pour une affection tuberculeuse des poumons. Les symptômes de cette maladie remontaient à une année au plus. Avant cette époque il avait toujours joui d'une bonne santé, sauf quelques migraines violentes. Les antécédents de famille étaient négatifs ; sa mère, très migraineuse, est morte à soixante-deux ans, sans avoir jamais toussé. Il a

encore son père et quatre frères et sœurs, tous bien portants. En fait de maladies vénériennes, il a eu deux blennorrhagies; jamais de syphilis. C'est à la suite d'un rhume négligé qu'il s'est mis à tousser sans avoir eu ni fièvre ni point de côté; il a beaucoup maigri et craché parfois un peu de sang, mais a continué néanmoins son travail. Six mois environ après le début de sa bronchite, il a commencé à souffrir de la langue : sensation de brûlure et gêne légère des mouvements. Il n'y a, du reste, pas pris garde, et, lors de son entrée à l'hôpital, il ne nous a même pas signalé ce détail.

A cette époque (20 juin 1887), nous contatâmes des signes manifestes de tuberculose pulmonaire avec infiltration et ramollissement des deux sommets, surtout à gauche. Le malade fut soumis à l'usage du vin créosoté et du phosphate de chaux. Quelques semaines plus tard (fin juillet), il se plaignit de souffrir de la langue et nous fit voir qu'il existait en effet une tuméfaction marquée à la partie antérieure de cet organe. L'extrémité de la langue était dès cette époque légèrement bosselée. Elle présentait sur ses deux faces plusieurs petites saillies arrondies, grosses comme des lentilles, et paraissant dues à des corps étrangers développés dans son épaisseur. La muqueuse linguale était saine, mais semblait amincie aux points les plus saillants, qui offraient par transparence une coloration d'un blanc jaunâtre. Au palper, le parenchyme lingual était souple, sauf au niveau des tumeurs, qui donnaient la sensation de petites boules indurées, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois chiche, les unes superficielles, les autres profondes et nettement séparées les unes des autres. Au bout de la langue on voyait une petite ulcération de forme linéaire de 2 à 3 millimètres de longueur, à bords nettement taillés, secs, sans fongosités ni rénitence, à fond inégal formé par le tissu musculaire de la langue.

Les fonctions de l'organe étaient relativement peu gênées, la parole facile, bien qu'un peu épaisse; la mastication possible, la déglutition normale. Mais le malade se plaignait de douleurs très vives, névralgi-

formes, presque continuelles, et qui, pendant la nuit, atteignaient un tel degré d'intensité qu'elles rendaient le sommeil presque impossible. On institua un traitement palliatif local au moyen de collutoires anesthésiants, se réservant d'intervenir d'une façon plus active quand la nature et la marche des lésions linguales seraient mieux déterminées.

Pendant les trois mois qui suivirent, l'état de la langue se modifia peu ; de temps en temps, quelques granulations superficielles grisâtres et demi-transparentes apparaissaient à la face inférieure de la langue et s'éliminaient par destruction moléculaire, ou subissaient la transformation fibreuse. Une seule fois, un nodule plus volumineux s'ouvrit et se vida très rapidement, laissant une petite ulcération analogue à celle décrite plus haut. Comme cette dernière, elle se cicatrisa au bout de quelques semaines. Sous l'influence du traitement général et de l'alimentation, le malade reprit des forces et les lésions tuberculeuses des poumons semblèrent même subir un temps d'arrêt.

Le 25 octobre, mon collègue, le docteur Danlos, examinait avec moi le malade et constatait l'état suivant :

L'extrémité de la langue, à la fois élargie et épaissie, était sillonnée de plis irréguliers, circonscrivant des tumeurs arrondies, au nombre de huit ou dix, enchâssées dans son épaisseur. Ces tumeurs, fermes et rénitentes au toucher, sont très douloureuses à la pression. Les plus volumineuses atteignent le diamètre d'une petite noisette. En bas et à droite, l'une des nodosités est exulcérée en deux points, par où font saillie de véritables granulations aplaties et entourées d'une zone de vascularisation intense.

Le malade accuse toujours des douleurs très vives, presque continuelles, exaspérées par les mouvements de la langue et qui ne sont calmées que par un collutoire à la morphine. L'état général est assez satisfaisant, l'appétit serait bon, mais l'alimentation est si pénible que le malade ne peut prendre que du lait et des potages. Au sommet des

deux poumons, on constate une diminution marquée de la sonorité, avec respiration rude, expiration prolongée, quelques râles humides, très peu nombreux. L'expectoration, peu abondante, est muco-purulente, très aérée. Rien autre chose à noter, sauf une acné sébacée, légèrement hypertrophique, de l'extrémité du nez.

Sur l'avis conforme de mon collègue, le docteur Danlos, et malgré l'absence de toute trace de syphilis, un traitement d'épreuve est institué à la date du 25 octobre. On donne au malade, chaque jour, une pilule de Dupuytren et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le 1er novembre, la dose quotidienne est portée à deux pilules et 4 grammes d'iodure. Cette médication, continuée avec régularité pendant vingt-cinq jours, n'a produit aucune amélioration ; loin de là, les douleurs et la tuméfaction linguale ont augmenté ; de nouveaux tubercules ont fait apparition en arrière des premiers, et l'un des plus saillants, situé au bord gauche de l'organe, près de la pointe, s'est exulcéré, donnant issue à une petite quantité de matière caséiforme grisâtre.

Actuellement, vous pouvez voir encore le tubercule en question, creusé d'une petite caverne, grande comme la moitié d'une lentille, et qui présente un fond pulpeux et grisâtre, des bords taillés à pic, rouges, sans induration ni saillie. L'ensemble de la lésion offre à peu près le même aspect qu'il y a un mois, mais ses dimensions se sont accrues; la partie malade occupe toute la largeur de la langue, sur une longueur de 4 centimètres environ depuis son extrémité.

En avant et sur les côtés se voient plusieurs tubercules, analogues à celui qui est exulcéré, mais moins avancés dans leur évolution.

La muqueuse à ce niveau est amincie, lisse et luisante, mais non entamée. Si l'on fait relever la langue, on voit à sa face inférieure plusieurs groupes de granulations petites et superficielles, qui semblent occuper l'épaisseur de la muqueuse, et qui sont, les unes jaunâtres, les autres grises et fibreuses.

Ce n'est pas tout, si on palpe la langue, suivant son épaisseur, on sent, en arrière des tubercules visibles, une autre série plus profonde,

composée de quatre ou cinq nodosités, grosses comme des pois, profondément enchâssées dans le parenchyme lingual. Plus en arrière, la langue est parfaitement saine, et, dans aucun autre point de la bouche et de la gorge, on ne découvre la moindre lésion. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire ni au cou, ni ailleurs. Le corps du malade ne présente aucune cicatrice, aucune trace morbide appréciable. Les lésions pulmonaires sont ce que nous avons dit plus haut.

La recherche du bacille de Koch a été faite dans les crachats du malade et dans les produits de raclage de la dernière ulcération linguale; on en a trouvé un très grand nombre dans les produits d'expectoration, mais on n'a pu les découvrir dans les détritus du tubercule lingual, ce qui n'a pas lieu d'étonner, vu l'époque un peu tardive où cette recherche a été instituée, les parois de l'ulcération étant déjà recouvertes de bourgeons charnus.

Vu la marche envahissante des lésions et les inconvénients graves qui en résultent dès à présent pour le malade, nous nous proposons de détruire le tissu morbide à l'aide du thermocautère. M. le docteur Berger veut bien se charger de cette opération, qui sera faite prochainement. Avant de la pratiquer, on incisera un des tubercules pour le soumettre à un examen histologique, dont les résultats seront communiqués à la Société. Mais, avant d'en venir là, j'ai cru utile de faire voir à mes collègues une lésion, dont la nature me paraît peu douteuse, et qui, par sa forme, par sa physionomie clinique, diffère notablement des variétés communément observées de la tuberculose linguale.

Observation VI (Poncet).

(Société nationale de médecine de Lyon, séance du 28 mai 1888. — *Lyon médical*, 1888, t. 2, p. 169.)

Tuberculome intra-lingual.

M. A. Poncet présente un jeune homme, âgé de vingt-six ans,

porteur d'une tumeur du bord latéral droit de la langue. Cette tumeur, du volume d'une grosse noisette ronde, est située dans l'épaisseur de la langue, non adhérente à la muqueuse, qui est complètement indemne et qui n'a jamais été le siège d'aucune ulcération. De prime abord, elle paraît dure, solide; mais à un examen plus attentif, on y constate de la rénitence et même de la fluctuation. Son début remonterait à trois ans environ; elle s'est accrue progressivement et sans jamais déterminer de douleur.

Le malade aurait été opéré, il y a trois ans, à l'Antiquaille, d'une tumeur semblable, et c'est peu de temps après qu'il s'aperçut d'une nouvelle petite masse indurée. Dans la région sous-maxillaire droite et gauche, on constate la présence de plusieurs gros ganglions, dont l'apparition remonterait également à trois ans.

M. Poncet a porté le diagnostic de *tuberculome intra-lingual*; une ponction avec une aiguille capillaire a confirmé ce diagnostic en donnant issue à un liquide séro-purulent. Il s'agit donc, fait exceptionnel, d'une lésion tuberculeuse profonde de la langue, sans ulcération. C'est là une variété de tuberculose linguale qui n'a encore été l'objet d'aucune description.

M. Poncet se propose d'ouvrir cette gomme tuberculeuse et d'abraser la poche par le curage. Il faut, dit-il, se comporter vis à vis de cette tuberculose interstitielle de la langue comme on le fait en présence de toute tuberculose locale.

Observation VII (Péan).

Gommes tuberculeuses ulcérées. — Ablation. — Mort.

C..., trente-huit ans, garçon d'hôtel, entre le 10 décembre 1888, salle Nélaton, 33. Pas d'hérédité, une pleurésie il y a six ans.

Toute la partie libre de la langue est très dure et paraît augmentée de volume. Le bord droit est occupé par une tumeur volumineuse supportant une vaste ulcération qui s'étend de la pointe à la partie moyenne de la langue ; cette ulcération est profonde, les bords sont à pic et déchiquetés. Le bord gauche de l'organe est aussi occupé par une ulcération plus profonde, plus irrégulière, mais moins étendue que la précédente. La parole est très gênée, la déglutition et surtout la mastication des aliments durs sont impossibles ; la salivation est continuelle, l'haleine est fétide. L'auscultation des poumons dénote à droite des bruits de frottement sur presque toute la hauteur, vestiges de la pleurésie ancienne ; le sommet de ce côté est mat et l'on y entend des craquements. Au sommet gauche, submatité, respiration rude et saccadée. L'état général est mauvais, le malade a un aspect jaunâtre, cachectique. En raison des antécédents et des lésions pulmonaires on diagnostique *néoplasme tuberculeux*.

La tumeur est circonscrite à l'aide de pinces à dents et enlevée au bistouri. Les jours suivants, la langue se cicatrise bien, mais le malade décline rapidement, il tousse, maigrit et a de la fièvre le soir. Il meurt le 1er janvier. L'autopsie vérifie en tous points le diagnostic clinique.

Observation VIII

(Herbel. — *Inaugural dissertation Wurtzburg*, 1891. — Résumée *in* Thèse Sauvage, p. 60.)

Homme de quarante-cinq ans, malade depuis un an de tuberculose pulmonaire avec enrouement ; après une morsure de la langue, il se forme un ulcère qui ne présente aucune tendance à la guérison. En outre il se forma bientôt une ulcération laryngée volumineuse et une ulcération également tuberculeuse de l'aile gauche du nez. Une tumé-

faction profonde, survenue près du bord de la langue qui était le siège de l'ulcère, se ramollit, présenta de la rénitence et donna lieu à une perte de substance. Le malade mourut à la maison d'une thrombose de la veine fémorale droite. La famille ne permit pas l'autopsie : l'auteur s'est livré au sujet de cette observation à des considérations intéressantes sur l'étiologie et le diagnostic de la tuberculose linguale.

Observation IX

(Frankel. — *Deutsche médicinische zeitung*, 1892. — Communication à la Société de Médecine Interne de Berlin, 14 janvier 1891. — Rapportée *in* Thèse Sauvage, p. 69.)

Garçon de café, âgé de vingt-cinq ans, porteur d'une double affection pulmonaire de moyenne intensité, on lui injecte de la kochine. Réaction fébrile peu intense. Le malade qui semblait avoir une langue normale ne tarda pas à présenter des ulcérations tuberculeuses.

Le 21 octobre, les injections avaient commencé.

Le 10 novembre, on constatait sur la pointe de la langue une perte de substance de la grosseur d'une lentille.

Le 18 décembre, on constatait à la partie droite de la pointe de la langue un infiltrat tuberculeux profond qui ne tarda pas à s'ulcérer, et, d'autre part, on percevait quelques jours après, près les bords de cet ulcère plus volumineux que le précédent, un noyau tuberculeux profond, de la grosseur d'une noix, qui ne tarda pas à s'amollir et à présenter de la rénitence. Depuis, il s'est produit des granulations miliaires tuberculeuses très fines sur toute l'étendue de la langue. L'ulcère principal a une largeur d'un centimètre et une longueur de 2 centimètres.

Observation X

(Le Dentu. — D'après thèse Withman, rapportée *in* Thèse Sauvage, p. 53.)

Abcès froid de la langue. — Tuberculose au premier degré. — Extirpation au bistouri avec réunion immédiate. — Guérison.

Gustave D..., maréchal-ferrant, trente et un ans. Entré le 18 mars 1892, salle Malgaigne, lit n° 6, dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Necker.

Ce malade s'est aperçu, il y a sept ou huit mois, de l'apparition sur sa langue d'un petit bouton rouge qui a grossi peu à peu. Il n'en souffre pour ainsi dire pas ; mais il se plaint d'éprouver depuis deux années des douleurs continuelles dans toute la partie gauche de la face et du cou et dans l'oreille correspondante. Les forces sont aussi notablement diminuées.

On constate sur la face dorsale de la langue, tout près du bord gauche, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs environ, une tumeur légèrement saillante, enchâssée dans la langue, du volume d'une noisette : à sa surface, la muqueuse présente un changement d'aspect tout particulier. La coloration est plus pâle, et l'on voit de petites saillies qui donnent à ce niveau une apparence papillomateuse assez comparable à l'aspect de la tuberculose verruqueuse de la peau ; une petite craquelure se voit dans cette muqueuse hypertrophiée, mais le stylet n'y pénètre pas. Quand on saisit la tumeur entre les doigts, on sent qu'elle est élastique, ferme, mais cependant fluctuante; la pression est douloureuse, le reste de la langue présente une apparence absolument normale; les mouvements sont libres, la parole n'est pas gênée. Il existe dans la région sous-maxillaire trois ganglions du volume d'un gros pois, durs, et roulant sous le doigt.

Le malade a la voix enrouée depuis longtemps; il y a huit ans, il fut

atteint d'une bronchite. Depuis il tousse, il crache beaucoup, parfois un peu de sang; il a eu une hémoptysie il y a dix-huit mois; léger amaigrissement, sueurs nocturnes; ongles hippocratiques.

A l'auscultation, on constate l'existence de craquements secs aux deux sommets; la femme de ce malade et son enfant, un garçon de quinze ans, sont bien portants; son père est mort d'une pleurésie; son frère était soigné récemment pour une pleurésie.

On porte le diagnostic de collection liquide de la langue, kyste ou abcès. Une ponction à la seringue de Pravaz fait sortir une demi-seringue de pus qui est inoculé à un cobaye. Deux jours après, l'abcès, y compris sa paroi, fut enlevé par une opération qui consiste à exciser au bistouri un fragment cunéiforme de la langue comprenant l'abcès dans son épaisseur. Hémorrhagie très modérée et suture complète de la plaie, avec six fils de soie.

Comme on avait constaté au préalable que la salive du malade renfermait de nombreux bacilles, on avait eu soin, les jours précédents, de faire faire les lavages fréquents de la bouche à l'eau boriquée, naphtolée, et de donner l'iodoforme à l'intérieur; six jours plus tard, les points de suture étaient enlevés et laissaient voir une réunion parfaite.

Le cobaye inoculé, sacrifié un mois après, présentait une tuberculose généralisée.

Nous avons donné plus haut le résultat histologique.

Observation XI

(Régnier. — D'après Whitman. Observation rapportée *in* Thèse Sauvage, p. 55.)

Tuberculose osseuse. — Blessure de la langue, pendant l'anesthésie, par la pince à langue. — Abcès froid consécutif.

Il s'agit d'un adulte qu'on opéra une première fois pour une ostéite

tuberculeuse du tibia; le malade eut une syncope sous le chloroforme; les flagellations qu'on lui fit sur les joues pour le ranimer provoquèrent les jours suivants une ecchymose de la joue droite, et l'on vit, quelques jours après, survenir une tuberculose de l'os malaire. Une seconde opération fut nécessaire pour le traitement de cette nouvelle ostéite.

Cette fois survint une syncope pendant laquelle on maintint la langue tirée avec la pince à langue.

Cette pince porte sur une de ses branches une dent qui traverse la langue de part en part pour l'empêcher de déraper; peu de temps après survint, au niveau de la piqûre, une collection fluctuante qui fut incisée.

L'examen histologique démontra la nature tuberculeuse de l'abcès.

Il s'agit là évidemment d'une auto-inoculation, car l'instrument sortait de l'étuve à 200°.

Observation XII

(Péan. — *In* Thèse Sauvage, p. 41, 1892.)

Rosalie P..., trente-cinq ans, se présente le 18 novembre 1892, à notre Clinique. Pas d'hérédité, pas d'antécédents tuberbuleux et syphilitiques. N'est pas d'une forte santé, s'enrhume facilement l'hiver. Emaciation, anémie. Il y a deux mois, sans causes connues, la partie latérale droite de la langue est devenue le siège de douleurs sourdes, aiguës, lancinantes, en même temps qu'apparaissait une tumeur qui atteignait son maximum de développement en quelques jours et restait ensuite stationnaire. Depuis, les douleurs ont disparu, mais la persistance de la tumeur et les troubles fonctionnels qu'elle provoque décident la malade à venir à l'hôpital.

Etat actuel. — La moitié latérale droite de la langue est déformée par une tumeur du volume d'une noix, ovale, à grand axe antéro-postérieur, étendue d'avant en arrière du V des papilles à 2 centimètres de la pointe et transversalement du bord de la ligne médiane.

La surface est lisse, unie, sans bosselures. La muqueuse qui la recouvre est saine et ne diffère pas sensiblement par son aspect de celle des parties voisines.

Au toucher, la tumeur est bien limitée et comme enkystée dans l'épaisseur de la langue. Elle n'envoie pas de prolongement du côté du plancher de la bouche ou du côté de l'épiglotte. La consistance molle est faussement fluctuante comme celle de certaines collections liquides à paroi épaisse. Rien dans les régions voisines ou éloignées; rien dans les ganglions des maxillaires.

Chloroformisation. — La malade étant couchée sur notre lit d'opération dans le décubitus dorsal, la tête soulevée par des alèzes, les mâchoires écartées avec l'instrument, nous plaçons des éponges mouillées au fond du vestibule de la bouche, afin d'empêcher la chute des liquides dans les voies aériennes. Nous faisons l'hémostase préventive, avec des pinces placées transversalement en arrière de la tumeur et sur la ligne médiane, puis nous attirons la langue en dehors et nous faisons avec le bistouri, sur le bord droit de la tumeur, une incision exploratrice qui donne issue à environ 30 grammes de pus verdâtre, mal lié, contenant des grumeaux caséeux. Afin d'éviter la récidive en cas de tuberculose, nous disséquons la membrane granuleuse et nous l'enlevons. Nous faisons ensuite, avec du fil de soie, la suture des bords de l'incision, qui nous assure en même temps l'hémostase. La surface de la membrane sécrétante est bien organisée, et couverte de granulations très vasculaires, mais il n'existe pas de tubercules, à la vue du moins. Réunion par première intention et guérison en peu de jours.

Observation XIII

(A. Chauffard. — Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 24 février 1893.)

Tuberculose gommeuse profonde de la langue.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre un exemple très net d'une variété de tuberculose linguale assez rare, et dont le diagnostic différentiel avec la glossite gommeuse ne laisse pas d'offrir de réelles difficultés.

Joseph Le M... est âgé de quarante-huit ans, il est terrassier, surmené par un pénible travail, mal nourri, et d'aspect presque cachectique.

Les antécédents pathologiques ne nous offrent à relever que des accidents paludéens dans sa jeunesse, et, à l'âge de vingt-quatre ans, une écorchure à la verge, survenue trois semaines environ après un coït, et guérie par un traitement à la fois interne et externe dont la nature ne peut aujourd'hui être précisée. Malgré l'absence depuis cette époque de tous symptômes secondaires, nous sommes donc en droit de suspecter tout au moins une syphilis ancienne et bénigne; et c'est là une notion qui a été particulièrement trompeuse au point de vue du diagnostic.

Pendant l'hiver de 1891-1892, bronchite prolongée, sans hémoptysie, qui disparaît pendant l'été.

Il y a cinq ou six semaines, réapparition de la toux, qui s'accompagne bientôt d'aphonie, de petits mouvements fébriles, d'expectoration muco-purulente et d'amaigrissement avec perte des forces.

Vers la fin de janvier, douleurs sourdes et profondes à la pointe de la langue, avec ptyalisme et difficulté de la mastication surtout pour les aliments solides.

Au moment où le malade entre à Broussais, le 1er janvier 1893, on constate des signes manifestes de tuberculisation pulmonaire en voie d'évolution : matité des deux fosses sus-épineuses, submatité sous les clavicules, respiration soufflante avec craquements humides et bronchophonie. Les crachats sont nummulaires et présentent des bacilles de Koch.

La voix est éteinte, et il y a probablement des lésions de tuberculose laryngée que l'état de la langue ne permet pas de constater au laryngoscope.

Voici, en effet, quel était l'état de la bouche :

Les dents sont en mauvais état, déchaussées, et l'une des incisives médianes inférieures est cassée.

L'arrière-gorge, les amygdales, le voile du palais, les deux tiers postérieurs de la langue sont sains.

Le tiers antérieur de la langue, au contraire, est fortement tuméfié dans son ensemble, mamelonné et comme montueux, recouvert en partie d'un exsudat jaunâtre assez adhérent.

Après nettoyage, on constate que toute cette région antérieure de l'organe est très épaissie, peu mobile et incapable d'être projetée au dehors ou recourbée en haut ou en bas.

Une saillie volumineuse, grosse comme une forte noisette, fait relief sur la ligne médiane, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen de la langue. Cette saillie est absolument dure sous le doigt, et tout le segment antérieur de l'organe est résistant et comme ligneux.

Le sillon médian, dans la même région, est nettement tracé et d'aspect grisâtre; il fait comme une fissure superficielle. Non loin de lui, sur la partie antéro-latérale droite de la langue, se voit une crevasse grisâtre, érosive, de un centimètre environ de longueur.

La muqueuse de toute la région malade est d'un rouge vif, lisse et comme dépapillée, sans autres fissures ni crevasses.

A l'extrême pointe, quatre dépressions en crénelures correspondent aux empreintes des incisives inférieures et présentent un aspect gri-

sâtre et érosif de leurs fonds et de leurs bords. Il existe une sécrétion abondante et continue de salive transparente; l'odeur de la bouche est légèrement fétide, la mastication des solides est difficile plutôt que pénible, et les douleurs sont, en somme, relativement assez modérées.

A la commissure labiale gauche, existe une petite ulcération linéaire, en feuillets, grisâtre sur ses bords, avec un épaississement nodulaire profond des tissus, que l'on sent jusqu'à un centimètre environ en arrière de l'angle commissural.

Du côté gauche également, en arrière de l'angle de la mâchoire, un petit ganglion gros comme un haricot et faiblement douloureux roule sous le doigt.

En présence de cet ensemble de lésions, un point au moins restait douteux dans le diagnostic. A coup sûr, le malade était un tuberculeux et l'examen des crachats permettait de l'affirmer. Très probablement sa laryngite était bacillaire, et l'érosion commissurale devait être imputée à la même infection.

Mais que fallait-il penser de cette glossite noueuse du tiers antérieur de la langue, et n'était-on pas en droit, chez cet homme vraisemblablement entaché de syphilis, de suspecter une éclosion de gommes profondes tertiaires.

Le traitement d'épreuve a donné des résultats concluants. Malgré l'administration de doses d'iodure de potassium progressivement portées jusqu'à 8 grammes par jour, non seulement les lésions n'ont pas rétrocédé, mais elles se sont même aggravées et modifiées en outre, de telle sorte qu'aujourd'hui leur nature tuberculeuse ne peut faire de doute.

Le sillon lingual médian forme une longue fissure grisâtre, irrégulière et comme ravinée, à bords décollés dans sa partie antérieure et surtout à gauche, se terminant en arrière par une sorte de cratère à

centimètres de la pointe, et au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur dorsale. Celle-ci a aujourd'hui perdu en partie ses caractères de dureté, de forme hémisphérique, de pénétration

profonde dans le parenchyme lingual; il semble qu'elle se soit comme vidée et affaissée.

Les bords et le fond de la crevasse médiane sont granuleux, presque papillomateux, ecchymotiques en certains points, et facilement saignants sous le grattage; ailleurs les bourgeons sont jaunâtres ou demi-transparents comme des grains de sagou.

Dans les efforts de traction ou d'élévation de la langue, les bords de la crevasse bâillent et s'entr'ouvrent comme les feuillets d'un livre.

A droite de la crevasse médiane, à un centimètre environ de distance, existe une autre fissure parallèle, longue de 2 centimètres environ et de même aspect, mais beaucoup moins profonde.

Enfin dans la muqueuse lisse et rosée du tiers antérieur de la langue se voit, comme par transparence, un semis discret de très petits points jaunâtres, miliaires ou submiliaires : ce sont les points jaunâtres de Julliard, dont Trélat a montré la grande valeur séméiologique.

J'ajoute que la recherche des bacilles dans les produits de raclage a été faite à plusieurs reprises et a donné des résultats positifs. Mais les crachats étant eux-mêmes bacillaires, et par suite le milieu buccal infecté, une telle constatation perd beaucoup de sa valeur, bien qu'on ait eu soin au préalable de faire laver la bouche et de pratiquer un premier raclage détersif.

Voilà donc une tuberculose linguale qui a évolué simultanément à la superficie et dans la profondeur de l'organe. Le volume et la dureté de la gomme tuberculeuse dorsale étaient bien faits pour prêter à une erreur, surtout étant donné que le sujet était à la fois un tuberculeux et un ancien syphilitique.

Pour éviter toute confusion, les antécédents, les caractères de la tumeur gommeuse elle-même ne suffisent pas; il faut surtout prendre en considération l'état de la muqueuse, les fissures plus multiples, plus craquelées et moins sanieuses de la glossite syphilitique, les crevasses grisâtres et déchiquetées de la tuberculose, accompagnées souvent d'adénopathie et de semis jaune miliaire superficiel.

Le traitement spécifique achève de préciser la situation, mais il ne faut pas, je crois, le continuer trop longtemps. Les fissures par sclérose syphilitique ne guérissent pas par l'iodure de potassium, mais les gommes de la vérole se résorbent vite et complètement. Dans la tuberculose, au contraire, l'ioduration non seulement ne fait pas disparaître les lésions, mais semble même en rendre l'évolution plus rapide et plus grave. C'est du moins ce que j'ai pu constater chez mon malade.

Très comparable à l'observation qui précède est celle d'un malade que présentait ici même, il y a quelques années, M. H. Barth, sous le titre de : *Tuberculisation parenchymateuse de la langue à forme nodulaire* (*gommes tuberculeuses de la langue*). Même siège au niveau du segment antérieur lingual, mêmes tumeurs profondes, fermes et résistantes, enchâssées en plein parenchyme, même fonte gommeuse, même essai infructueux du traitement d'épreuve.

La comparaison, ou mieux la similitude de ces deux faits, montre qu'il y a là un type bien spécial de tuberculose gommeuse profonde de la langue, dont il ne faut pas oublier de tenir compte dans le diagnostic différentiel, souvent si embarrassant, des tumeurs linguales.

Quant aux indications thérapeutiques, dans le cas présent, elles ne peuvent guère être que palliatives. Les lésions sont trop étendues pour que l'on puisse songer à une intervention opératoire radicale. Je me contenterai donc d'applications antiseptiques, au naphtol camphré par exemple, et, au besoin, de topiques analgésiques locaux.

A l'occasion de cette communication, M. Ferret dit que dans un cas plus grave que celui de M. Chauffard il aurait obtenu une guérison presque complète par l'application quotidienne pendant plusieurs mois de naphtol camphré. Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer son observation qui, au point de vue du traitement, aurait été très intéressante.

M. Rendu a signalé également de bons résultats avec l'acide lactique en solution au 1/10 dans un cas analogue à celui de M. Chauffard.

Observation XIV (Résumée).

(Whitman. — Thèse de Paris 1893-94, n° 88.)

Abcès froid de la langue. — Tuberculose pulmonaire concomitante. — Extirpation au bistouri. — Réunion immédiate. — Guérison.

Le nommé X..., machiniste, trente-huit ans, entré en mai 1893, salle Malgaigne ; il est marié et père de famille, pas d'hérédité, pas de syphilis. Le début de son affection paraît avoir passé absolument inaperçu, il avait une tumeur intra-linguale indolente jusqu'à il y a environ cinq jours. A ce moment, le malade éprouvant de la douleur dans la langue, se regarda dans une glace, et aperçut un orifice sur la face dorsale de l'organe. Les bords de cet orifice sont surélevés, déchiquetés ; le fond de la cavité qui peut contenir un gros pois est gris jaunâtre ; la pression et le contact ne provoquent pas de douleur.

Quelques petits ganglions sous-maxillaires des deux côtés. Au sommet gauche, en avant et en arrière, submatité, respiration rude, râles soufflants. Nombreux bacilles dans les crachats.

La cavité ainsi que l'induration qui l'entourait furent extirpés au bistouri à l'aide d'une incision elliptique et la plaie réunie par six points de catgut. Réunion immédiate. Le malade sortait huit jours après.

OBSERVATION XV

(M. Dardignac. — *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 25 août 1894, p. 410, résumée *in Annales de Dermatologie*, 1895, p. 595.)

Un cas de tuberculome lingual. — Abcès froid tuberculeux de la langue.

Camille L..., vingt-deux ans, soldat au 51e d'infanterie, entre à l'hôpital le 11 février 1893 pour une tumeur de la langue. Cette tumeur siège à la partie antérieure et externe droite, sur la face supérieure de l'organe; pas de changement de coloration de la muqueuse; la face inférieure est au contraire d'une coloration vineuse et foncée; on ne voit nulle part ni exulcération, ni semis granuleux jaunâtre ou autre. La tumeur est un ovoïde régulier et lisse, inclus dans le corps du muscle lingual; sa consistance est celle du caoutchouc mou; elle n'est ni fluctuante, ni rénitente, ni douloureuse. Pas de lésions de la cavité buccale, pas d'adénite concomitante. Au point de vue fonctionnel, la langue a conservé tous ses mouvements; la mastication est lente et difficile, mais complète; la déglutition est pénible; la phonation surtout est altérée. L... parle à voix basse : « il bafouille comme s'il avait de la bouillie dans la bouche. »

L'état général est peu satisfaisant: L... est pâle, amaigri; il n'a cependant aucune tare héréditaire. Personnellement il n'a pas été malade avant l'âge de dix-neuf ans; il eut à ce moment une bronchite aiguë qui, après une guérison rapide, lui laissa cependant une grande impressionnabilité des bronches; depuis, il tousse l'hiver et a remarqué qu'il est essoufflé. Il est très affirmatif, et les recherches les plus minutieuses corroborent son dire sur la question de syphilis, il n'a

jamais eu de maladie vénérienne, mais il fume constamment la pipe qu'il maintient du côté de la langue où siège la tumeur. Soldat depuis vingt-huit mois, il ne se présente à la visite que le 15 janvier 1893 pour montrer au médecin cette « ennuyeuse grosseur ».

La tumeur aurait, dit-il, débuté vers le mois de novembre 1892, par un petit bouton siégeant dans l'épaisseur du muscle « bouton plus gênant que désagréable ». Ce n'est qu'à partir du mois de janvier que la gêne fonctionnelle s'accrut et qu'apparurent quelques élancements douloureux. Un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium est institué à titre de diagnostic; l'examen le plus minutieux de tous les organes ne révèle qu'une très légère rudesse du murmure vésiculaire aux sommets.

L'administration de l'iodure restant sans résultat, on se décide, le 20 février, à une ponction exploratrice qui donne issue à un pus épais, inodore et sans bacilles.

Le 24, on fait une ponction aspiratrice, mais la collection purulente se reproduit de nouveau après cinq à six jours, et on se décide à une ablation totale. Une fois la poche incisée, on veut l'extirper, mais des adhérences intimes rendent impossible toute autre manœuvre que le grattage à la curette. La poche est bourrée de gaze iodoformée fortement imbibée de naphtol camphré.

Après l'intervention, l'état local reste bon, mais l'état général devient inquiétant; sueurs nocturnes, oppression, craquements secs dans les deux fosses sus-épineuses. Le 16 mars, il n'y a pas encore de fièvre, mais l'induration gagne toute l'étendue des lobes supérieurs.

L'examen bactériologique des crachats y révèle de nombreux bacilles de Koch. Le 25 mars, la plaie est parfaitement cicatrisée, mais le malade a une véritable hémoptysie et quelques jours après il est présenté à la Commission spéciale de réforme. L'examen du pus, des fongosités et des parois nous a montré des cellules géantes typiques, affirmant bien la similitude des deux processus se manifestant à la fois à la langue et aux poumons.

Observation XVI

(Rolland. — Thèse de Lyon 1895-96. Observation recueillie dans le service du professeur Poncet.)

J... est un homme de quarante-trois ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1893, pour une tumeur de la langue. On ne relève rien dans l'hérédité ; personnellement, le malade raconte qu'il tousse l'hiver, mais sans que son état général ne soit en rien modifié ; il est père de cinq enfants bien portants, nie la syphilis, mais fume à la pipe deux paquets de tabac de 50 centimes par semaine.

Au mois de juillet 1893, il s'aperçut pour la première fois de l'existence d'une tumeur sur le bord latéral gauche de la langue; cette tuméfaction était indolore et ne provoquait qu'une gêne légère de la parole, mais elle grossit progressivement jusqu'à envahir tout l'espace compris entre le bord gauche et le raphé médian.

Actuellement, la tumeur a atteint le volume d'une grosse noisette; à son niveau, la muqueuse est fortement soulevée et tendue, mais elle reste lisse, rouge et indolore; elle est fluctuante en un point, tandis qu'en d'autres on sent plusieurs noyaux indurés de la grosseur d'un petit pois; rien d'anormal dans la cavité buccale ni dans le voisinage, pas de ganglion dans la région maxillaire. L'état général est bon et l'auscultation ne révèle pas de lésions pulmonaires. La gêne fonctionnelle seule a poussé le malade à venir demander des soins, la parole est particulièrement embarrassée et lente, la langue ne se mouvant pas avec toute la rapidité désirable. Incision cruciale sur la face dorsale de la tumeur ; raclage des fongosités à la curette ; suture au catgut. Réunion par première intention.

L'examen microscopique pratiqué par M. Dor, chef du laboratoire

de la Clinique, révèle dans les parois de la poche de nombreux tubercules avec cellules géantes typiques.

L'inoculation expérimentale est positive.

Observation XVII

(Auclair. — Société anatomique, janvier 1896. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 10 février 1896, p. 48.)

Abcès froid de la langue.

M. Auclair rapporte l'observation d'un malade qui présentait des symptômes cliniques de tuberculose pulmonaire; il était également porteur d'une ulcération linguale siégeant à 2 centimètres en arrière de la pointe; cette ulcération reposait sur une base fluctuante. Une ponction faite à ce niveau permit de retirer un liquide où l'on rechercha, sans succès, la présence de bacilles de Koch. Ce liquide, inoculé à un cobaye, le fit mourir de tuberculose après quelques semaines. Le diagnostic porté fut donc de *tuberculose linguale*.

Le malade meurt de sa tuberculose pulmonaire. On retire la langue et on la sectionne au niveau de l'ulcération. L'abcès est vide, mais au-dessous on trouve un tissu rosé embryonnaire, où l'on trouve des granulations tuberculeuses sous forme de points jaunes.

Observation XVIII

(Communiquée par M. le professeur agrégé W. Dubreuilh.)

Gommes et ganglions tuberculeux (langue et cou).

Despage, vingt-neuf ans.

Père bien portant; mère est atteinte d'une maladie de cœur; un

frère et une sœur en bonne santé. Le malade et sa sœur sont jumeaux. Nourri au sein par sa mère. Pas de maladies pendant la première enfance. Il y a trois mois, le malade a vu apparaître une glande qui roulait sous le doigt, dans la région sus-hyoïdienne et qui était complètement indolore. Dans l'espace de quinze jours, elle a acquis le volume d'une petite pomme; en même temps, la peau devenait rouge et tendue et la tumeur s'immobilisait. Deux ou trois jours après l'apparition de la glande droite, il en apparaissait une autre analogue du côté opposé.

Actuellement, on trouve une tuméfaction assez notable, qui s'étend du menton à l'angle postérieur droit du maxillaire inférieur. Toute la région comprise entre ces deux points et au-dessous du rebord maxillaire est remplie par une tumeur ovalaire, saillante de 2 centimètres, dure au toucher, faisant corps avec les parties profondes. Vers le centre de la tumeur, la peau qui la recouvre est amincie, rouge violacé. Il existe aussi une ulcération de quelques millimètres, à bords décollés, qui s'est montrée, il y a quinze jours, lorsque la tumeur s'est vidée. Un stylet, introduit par ce trajet fistuleux, s'enfonce à plusieurs centimètres. Du côté gauche du menton, on voit une autre tumeur du volume d'une petite mandarine, pseudo-fluctuante, recouverte d'une peau amincie, rouge violacée et finement squameuse.

Quinze jours après l'apparition des ganglions, il s'est développé une lésion sur la langue, du côté droit. C'était, paraît-il, une ulcération qui a guéri au bout d'un mois environ avec des cautérisations.

Quelque temps après, nouvelle lésion à la face inférieure droite de la langue, près de la pointe. Actuellement, on voit à ce niveau une petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure au toucher, sous-muqueuse, à surface lisse. Le sommet est légèrement opale. Cette coloration est due à la distension de la muqueuse. Pas de douleur ni spontanée ni au toucher. Dents relativement bonnes. L'ulcération ancienne a guéri en laissant une rhagade de 1 millimètre de profondeur en forme de croix.

Le 7 février 1896. — La lésion de la langue sus décrite s'affaisse ; mais, un peu plus haut, existe une masse de la grosseur d'un gros pois, dure, profonde, sans modification appréciable qu'un peu de rougeur à la surface.

Le 12 février 1896. — Le côté droit de la langue présente près de son extrémité, à 1 centimètre environ en arrière de la pointe, une déformation constituée par une saillie de la grosseur d'une petite noisette. Cette saillie est constituée par deux noyaux très durs et très limités à la palpation, et qui occupent presque toute l'épaisseur de la langue. L'un de ces noyaux, le postérieur, fait à la face inférieure de la langue une petite saillie arrondie, presque hémisphérique, de 3 à 4 millimètres de hauteur. La muqueuse qui la recouvre ne présente qu'un peu de rougeur, mais il n'existe aucune modification, aucune altération de cette dernière. Du côté dorsal de la langue, on voit une cicatrice en forme de sillon à trois branches, dont l'une des branches a un millimètre de profondeur, les autres un demi et un quart de millimètre. La muqueuse qui tapisse le fond de ces cicatrices est lisse, légèrement blanchâtre. Pas de modifications des papilles au pourtour de la cicatrice. Cette cicatrice est le résultat d'une lésion ancienne qui date de trois mois, mais qui semble être encore en évolution vers la face inférieure de la langue, au niveau de la saillie que nous avons décrite plus haut. Le noyau antérieur est plus petit ; aussi dur, il est surtout appréciable à la face inférieure de la langue : il occupe l'épaisseur de la langue, mais fait à cette face inférieure une petite saillie du volume d'un petit pois. La muqueuse qui le recouvre est rouge, très vascularisée au pourtour de la saillie. En son point culminant, elle est blanchâtre avec trois points plus sombres qui simulent trois petites vésicules mais qui ne laissent pas sourdre de liquide à la piqûre. Pas de douleurs spontanées, mais douleur assez vive par une pression assez forte.

Le 14 février 1896, excision des tumeurs par une incision en V.

Etat des poumons. — Rudesse expiratoire au sommet droit.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur 17 observations de gommes tuberculeuses de la langue, 7 fois seulement il est fait mention de l'anatomie pathologique.

Obs. II. — Gosselin signale la présence d'une membrane pyogénique, épaisse, granuleuse, végétante et très vasculaire.

Obs. III. — La paroi de l'abcès est garnie en sa partie interne de masses végétantes. Cette paroi est surtout très épaisse à sa partie profonde. Les masses végétantes sont constituées par des éléments nucléaires et des vaisseaux embryonnaires. Autour de quelques-uns de ces vaisseaux, on trouve des tubercules à toute période de développement, les uns disséminés, les autres agglomérés. Dans la partie de la paroi la plus épaisse, on trouve encore quelques masses tuberculeuses et des vestiges de fibres musculaires en dégénérescence séreuse.

Obs. IV. — La base de l'ulcération est formée d'un infiltrat assez égal mais un peu granuleux de $0^{m}003$ d'épaisseur. Une coupe verticale pratiquée à la surface de l'ulcération

montre de nombreuses granulations très distinctes dont les plus grandes sont de la grosseur d'un grain de moutarde, elles ont un aspect nettement tuberculeux, tantôt transparentes, grisâtres, tantôt jaune blanc, un peu opaques. Elles sont placées entre les faisceaux musculaires, dans une disposition radiale et en partant de l'ulcération. Ces granulations se révèlent très nettement après un séjour de quelques heures dans l'alcool.

A l'examen microscopique, on voit que le fond de l'ulcération est occupé par une infiltration cellulaire irrégulière de la membrane muqueuse, et, surtout vers le bord, il y a des restes du revêtement épithélial. En outre dans toute cette partie superficielle, une quantité de globules sanguins sont disséminés.

Immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse, l'infiltration se compose de tubercules serrés qui ont presque délogé et supplanté les fibres musculaires : au centre les tubercules sont jaunâtres, à grains fixes et résistent à la coloration par le bleu de méthyle. A la base, les tubercules deviennent de plus en plus rares et isolés, et ils sont incrustés entre les fibres musculaires qu'ils refoulent; mais, ici aussi, les myéloplaxes sont nombreux et distincts, la circonférence des tubercules est en général marquée par une accumulation plus dense des cellules circulaires. Dans un grand nombre de myéloplaxes, on a trouvé des bacilles tuberculeux, mais en quantité peu considérable; le plus grand nombre qu'on en a trouvé dans un seul myéloplaxe est quatre.

Obs. X. — L'abcès froid siège bien non pas au-dessous de la muqueuse linguale, mais en plein tissu musculaire. De forme arrondie, il est constitué par une cavité régulière sans diverticule, tapissée par une sorte de coque indurée. La paroi revêt tous les caractères de l'abcès froid en général ; c'est une

couche épaisse de cellules embryonnaires qui se sont substituées au tissu propre de la langue. Du côté de la cavité de l'abcès ces cellules sont en voie de dégénérescence et de nécrose ; du côté de la périphérie, au contraire, elles sont en pleine multiplication. On peut voir, à une certaine distance autour de la cavité de l'abcès, des foyers de cellules embryonnaires, véritables petites gommes circonvoisines. La présence du bacille de Koch a été constatée tant dans la paroi que dans la cavité de l'abcès. Les caractères macroscopiques et histologiques du pus sont ceux du contenu des abcès froids. Il est fluide, laiteux. Au niveau de l'abcès, qu'elle recouvre, la muqueuse présente un aspect verruqueux tout particulier. Cet aspect est dû à une hypertrophie papillaire analogue à celle qui avoisine certaines tuberculoses cutanées.

Obs. XI. — L'examen histologique a été pratiqué et a démontré la nature tuberculeuse de la lésion ; mais cet examen n'est que mentionné dans l'observation.

Obs. XII. — Il existe une membrane granuleuse bien organisée et couverte de granulations très vasculaires, mais il n'existe pas de tubercules, à la vue du moins.

Obs. XVI. — L'examen anatomo-pathologique a été pratiqué par M. Dor. La tumeur siège en plein parenchyme lingual, et non dans le tissu conjonctif comme la gomme syphilitique.

L'examen macroscopique de la poche révèle l'existence d'une couche limitante externe, épaisse et friable. La face interne est irrégulière, grenue, ou soulevée par de petites saillies sphéroïdales, d'aspect jaunâtre et représentant des foyers caséeux en voie de ramollissement et sur le point de s'ouvrir dans la cavité même.

L'examen microscopique de la poche montre que sa paroi est tout entière formée de tissus tuberculeux à toutes les pha-

ses de son évolution ; celui du pus révèle la présence de débris de tissus tuberculeux en grande abondance, de la fibrine, des leucocytes morts et de rares bacilles de Koch.

Voici maintenant les résultats microscopiques qui nous ont été donnés par M. le professeur agrégé Auché, relativement au cas observé par M. le professeur Dubreuilh, et qui fait l'objet de notre Observation XVIII. On trouvera d'ailleurs cet examen, avec tous les détails qu'il comporte, dans une communication faite à la Société d'Anatomie de Bordeaux, par MM. Auché et Carrière.

Examen histologique. — La lésion est située au-dessous de la muqueuse, en plein parenchyme lingual. Profondément, elle s'enfonce jusqu'à 8 millimètres environ. Elle est plus étalée en largeur et mesure, sur nos coupes, de 10 à 13 millimètres. Elle ne présente pas en tous ses points la même apparence. Elle est formée, en effet, d'une série de petits foyers tuberculeux de volume variable et à des degrés très divers de développement. Ce sont trois abcès tuberculeux, dont l'un, parfaitement arrondi, nettement limité, plein de pus, n'est pas ouvert à l'extérieur, et dont les deux autres, plus irréguliers, très rapprochés sur certaines coupes, plus éloignés sur d'autres, et communiquant peut-être en certains points, présentent des enfoncements de la muqueuse, tapissant une étendue plus ou moins grande de la paroi de l'abcès. Ces deux derniers abcès sont ou ont été par conséquent ouverts, et les deux lambeaux de muqueuse qu'on rencontre sur les coupes sont des fragments muqueux qui ont gagné la profondeur en suivant le trajet fistuleux.

A côté de ces abcès, il existe un certain nombre de tubercules dont le centre contient déjà un plus ou moins grand nombre de globules de pus et qui représentent conséquemment le premier degré de la formation de l'abcès.

Enfin, on rencontre un très grand nombre de follicules tuberculeux, agglomérés ou isolés, complètement développés ou, au contraire, à peine naissants.

Abcès non ouvert. — Il est situé sur un des côtés de la lésion, assez distant de la surface muqueuse. Il est à peu près régulièrement arrondi et mesure de 3 à 3 millim. 1/2 de diamètre environ, paroi comprise. La cavité, irrégulière, mesure à peu près 2 millimètres dans son plus grand diamètre, de sorte que l'épaisseur de la paroi, assez peu nettement limitée d'ailleurs extérieurement, n'a guère plus de un 1/2 à 2/3 de millimètre.

Contenu de l'abcès. — Le contenu de l'abcès est formé :

1° De cellules assez régulièrement arrondies, mesurant de 8 à 10 μ. Elles sont constituées par un protoplasma peu abondant, finement granuleux, très peu coloré, entourant quelquefois un seul noyau arrondi, mais beaucoup plus souvent moniliforme et diversement contourné; mais, le plus fréquemment, ce protoplasma englobe plusieurs petits noyaux fixant bien les réactifs nucléaires : ce sont des globules de pus proprement dits;

2° D'éléments cellulaires plus volumineux et dont les dimensions, d'un élément à l'autre, varient du simple au double, ou même au delà. Ils sont beaucoup moins nombreux que les cellules précédentes, moins nombreux aussi au centre qu'à la périphérie. Ils sont formés par une masse protoplasmique abondante, fortement, mais finement granuleuse. Ce protoplasma, peu coloré, quoique cependant davantage que celui des éléments précédents, renferme un ou plusieurs noyaux quelquefois arrondis, plus fréquemment un peu irréguliers, toujours assez faiblement colorés, à contours un peu flou, et souvent pourvus d'un nucléole lui-même assez diffus.

Le nombre des noyaux varie de 1 à 4 ou 6. Arrondies ou à peu près arrondies au centre de l'abcès, ces cellules sont en raquette, polygonales, ou plus irrégulières encore à la périphérie, où elles deviennent tout à fait identiques aux cellules épithélioïdes, qui constituent, pour ainsi dire, la portion interne de la paroi de l'abcès. En effet, les cellules les plus superficielles de cette paroi sont séparées les unes des autres, dissociées, et n'adhèrent plus au reste de la paroi que sur une étendue plus ou moins étroite de leur surface, ou par un ou plusieurs de leurs prolongements.

Ces dernières cellules, qui ne sont autres que les cellules épithélioïdes proprement dites, sont, en effet, plus irrégulières que celles qui sont complètement détachées. Chez celles-ci, en effet, les angles s'émoussent, les contours s'arrondissent à mesure qu'on approche du centre de l'abcès : c'est que là elles n'ont plus à subir les pressions réciproques qu'elles supportaient au niveau de la paroi. Ces cellules sont donc des cellules épithélioïdes disséquées, dissociées et détachées de la paroi sous l'influence de la suppuration ;

3° Dans le contenu de l'abcès, au milieu des globules de pus, totalement isolées de la paroi et complètement, ou dans quelques cas incomplètement isolées des cellules épithélioïdes que nous venons de décrire, on trouve parfois des cellules géantes typiques avec leur contour irrégulier et épineux. Le protoplasma de ces cellules, très fortement granuleux, renferme un grand nombre de noyaux (10, 15, 20), ni mieux, ni moins bien colorés que ceux des cellules géantes des tubercules voisins de l'abcès ;

4° Entre tous ces éléments cellulaires se trouve un réticulum fibrineux très lâche et très fin, un peu plus net à la périphérie qu'au centre de l'abcès ;

5° Enfin, nous ferons remarquer que ces éléments cellulaires

ne sont pas pressés les uns contre les autres ; par places, ils sont même assez espacés, ce qui semblerait indiquer l'existence dans le contenu de l'abcès d'une portion liquide assez abondante, mais que les réactifs fixateurs auraient fait disparaître ;

6° Il n'y a dans le contenu de l'abcès ni cellules éosinophiles, ni *mastzellen*, ni *plasmazellen*, du moins il n'y a pas de *plasmazellen* reconnaissables à leurs réactions colorantes ordinaires.

Parois de l'abcès. — La paroi de l'abcès ne présente pas partout la même épaisseur, cette disposition tient à ce que sa surface interne, au lieu d'être lisse, est très fortement festonnée.

Elle est formée, tout à fait intérieurement, d'une couche de cellules épithélioïdes interrompue ou très amincie en trois ou quatre endroits ; c'est ce qui donne à cette couche la disposition festonnée que nous venons de signaler.

Ces cellules de la couche épithélioïde, dissociées dans les parties les plus internes, sont, par contre, très tassées dans les parties les plus extérieures. Entre elles on trouve, dans la zone la plus profonde, un assez grand nombre de globules de pus et de très rares *plasmazellen*. Plus en dehors, les leucocytes multinucléés diminuent de nombre, contrairement aux cellules plasmatiques qui, elles, deviennent plus abondantes.

On ne voit pas de *mastzellen* dans la couche de cellules épithélioïdes dissociées. Ils sont exceptionnels dans la couche de cellules épithélioïdes tassées, à tel point qu'on n'en rencontre qu'un ou deux dans tout le pourtour de l'abcès. En outre, on trouve quelques cellules géantes semées dans cette couche de cellules épithélioïdes, surtout au niveau des

parties les plus saillantes. D'ailleurs, cellule géante et cellule épithélioïde ne présentent, ici, rien de particulier.

Au fond des dépressions de cette couche de cellules épithélioïdes, on trouve soit encore une faible épaisseur de cellules épithélioïdes, soit la couche plus extérieure que nous allons maintenant décrire et qui forme à l'abcès un cercle complet.

Cette dernière, appelée dans les tubercules proprement dits la couche des cellules lymphoïdes, comprend en réalité des éléments cellulaires d'ordres divers. Ce sont :

1° Des cellules fixes du tissu conjonctif, allongées mais hypertrophiées et, par conséquent, plus gonflées qu'à l'état normal. Elles sont aussi en voie de multiplication car, sur plusieurs points, on trouve des figures karyiokinétiques très nettes;

2° Des leucocytes mononucléés et surtout polynucléés en assez grand nombre;

3° Quelques *mastzellen*;

4° Des *plasmazellen* très abondants, surtout dans les parties correspondantes aux saillies de la couche de cellules épithélioïdes, saillies qui représentent évidemment les restes des follicules tuberculeux désagrégés et confondus dans l'abcès commun. Dans cette couche on rencontre un assez grand nombre de petits vaisseaux, le plus souvent intacts, quelquefois incomplètement oblitérés. Il n'y a pas de fibres élastiques, ou, pour parler plus exactement on n'en découvre que des débris insignifiants et excessivement rares.

A mesure qu'on se rapproche des régions les plus extérieures de cette couche externe, on voit qu'elle perd peu à peu ses caractères.

Les cellules d'infiltration (leucocytes et *plasmazellen*) deviennent de plus en plus rares, les cellules fixes de tissu conjonctif plus nettes et moins hyperplasiées, les fibres

élastiques plus abondantes ainsi que les *mastzellen*. Ces derniers, d'ailleurs, d'une façon générale, se rencontrent surtout en dehors de la zone d'action des bacilles de Koch, par conséquent dans l'intervalle des follicules tuberculeux. Il est bon cependant de faire remarquer que cette variété de cellules est plus abondante dans le territoire de la lésion que dans les parties saines de la langue.

Enfin, un peu plus extérieurement encore, on tombe dans un tissu sain, sauf sur une des moitiés de la circonférence de l'abcès, là précisément où il se trouve en contact avec d'autres tubercules.

En résumé, dans la paroi de l'abcès nous devons reconnaître :

1° Une couche interne formée surtout de cellules épithélioïdes avec quelques leucocytes polynucléés et quelques *plasmazellen* ;

2° Une couche externe, formée de cellules fixes du tissu conjonctif, de leucocytes mononucléés et surtout polynucléés, de *plasmazellen* en grande abondance et de quelques rares *mastzellen*.

Les recherches bactériologiques faites sur plusieurs coupes n'ont pas permis de trouver des bacilles dans le contenu de l'abcès. Par contre, on en a trouvé quelques-uns dans la couche de cellules épithélioïdes. Dans ce cas ils occupaient soit les cellules épithélioïdes elles-mêmes, soit les cellules géantes; dans ces dernières, toutefois, il n'en a jamais été vu plus de deux dans une seule cellule.

Enfin on a pu aussi rencontrer quelques bacilles très isolés dans les régions les plus internes de la couche extérieure.

Abcès ouverts. — En ce qui concerne les deux petits abcès ouverts, les lésions histologiques sont peu différentes des précédentes.

Le contenu de l'abcès est formé des mêmes éléments cellulaires : globules de pus, cellules épithélioïdes, rares cellules géantes ; mais ces éléments sont plus discrets et séparés par un réticulum plus net et plus abondant ; en quelques points, au lieu du réticulum, on trouve un nuage de très fines granulations incolores, à peu près égales entre elles.

Le fond et les parties les plus profondes de la paroi de l'abcès sont tout à fait comparables dans les deux cas. Ici, en effet, nous trouvons une couche interne de cellules épithélioïdes et une couche externe formée des mêmes éléments que nous avons décrits plus haut. Sur les parties de la paroi les plus rapprochées de la surface (nos coupes n'ont pas porté au niveau de l'orifice du trajet fistuleux, en supposant toutefois qu'il existe et qu'il n'y ait pas eu formation d'une cicatrice qui aurait décapité les lambeaux muqueux et n'aurait laissé persister que les parties les plus profondes destinées elles-mêmes à disparaître), on trouve un lambeau de muqueuse linguale altéré, s'amincissant et se perdant peu à peu sur les parties les plus profondes de cette paroi. Superficiellement, ces lambeaux de muqueuse sont formés de 4 à 6 ou 8 couches de cellules épithéliales pavimenteuses un peu aplaties. Plus loin, vers le fond de l'abcès, les couches diminuent de nombre, se réduisent à 4 ou 5, puis à 2 ou 3 ; les cellules deviennent de plus en plus plates, et enfin l'épithélium disparaît complètement avant d'avoir atteint le fond de l'abcès. Il s'agit, avons-nous dit, d'un épithélium pavimenteux un peu aplati, comme dans les couches moyennes de la muqueuse, mais il présente un état vacuolé très accentué ; de plus, dans chaque vacuole, avec ou sans le noyau de la cellule, on rencontre un ou deux leucocytes migrateurs.

En dehors de la muqueuse, et lui servant de soutien, se trouve un tissu très fortement chargé de leucocytes, mais surtout de *plasmazellen*.

Ce tissu, par ses parties profondes, se continue sans changement d'aspect avec la couche la plus externe de l'abcès.

Abcès microscopiques. — Nous désignerons sous ce nom des follicules tuberculeux dans la partie centrale desquels on trouve de tous petits amas de globules de pus. Ces follicules tuberculeux, parfois isolés, beaucoup plus souvent agglomérés avec d'autres follicules suppurés ou non dans leur centre, de façon à constituer de petites granulations tuberculeuses, présentent la structure typique des follicules tuberculeux proprement dits.

Ils sont constitués : 1° par une couche extérieure, dite couche des cellules lymphoïdes, et qui se trouve constituée par les mêmes éléments que la tunique externe des abcès que nous avons déjà décrits ; 2° par une couche de cellules épithélioïdes ; d'une, deux ou trois cellules géantes plus ou moins centrales. Mais, au centre de ces follicules, à la place de la cellule géante et des cellules épithélioïdes voisines détruites, ou bien à côté de la cellule géante conservée et bien colorée, par conséquent toujours dans la couche des cellules épithélioïdes, existe un petit foyer arrondi ou ovalaire renfermant les globules de pus.

Dans le centre du foyer, qui peut contenir vingt, trente ou un plus grand nombre de globules purulents, ces derniers se trouvent presque en contact réciproque, presque sans aucune substance interposée. Un peu plus en dehors, ils sont mélangés à des granulations irrégulières, colorées en rouge par l'éosine, et des blocs plus volumineux et irréguliers de substance granuleuse sans noyaux, enfin à des cellules à contours diffus mais pourvues d'un ou de deux noyaux. Ici, les globules de pus deviennent très rares. Par contre, les éléments précédents augmentent, deviennent plus nets, mieux limités, leurs noyaux se colorent mieux, plus fortement, et bientôt

nous arrivons, progressivement, à la couche des cellules épithélioïdes proprement dites. Ici donc, il y a eu mortification et désintégration d'une partie limitée du centre des follicules tuberculeux et suppuration.

A côté des follicules ainsi altérés, et souvent dans la même granulation, se trouvent quelques follicules dont le centre présente un début de caséification sans suppuration.

Ce foyer de caséification est toujours très limité et peu étendu, et il peut ne pas dépasser de 60 à 100 μ de diamètre,

En dehors de ces lésions, le plus grand nombre des tubercules sont à l'état cru, non caséifiés, et présentent leur structure ordinaire. Ils sont réunis soit aux follicules précédents, soit à d'autres follicules non dégénérés, de façon à constituer des granulations tuberculeuses. Quelques-unes de ces granulations tuberculeuses sont très superficielles dans le centre de la lésion et se trouvent là presque en contact avec la face profonde de la muqueuse.

Tout autour de la masse tuberculeuse centrale, constituée comme il a été dit par les abcès et plusieurs granulations tuberculeuses en contact réciproque, se trouvent des granulations et des follicules aberrants détachés et quelquefois même assez distants de la masse centrale. Quelques-uns se voient jusque sur les limites du fragment de tissu enlevé. Ils présentent tous les degrés de développement, depuis le follicule naissant jusqu'au follicule tuberculeux typique et aux plus petites granulations tuberculeuses.

Nous ne croyons pas devoir insister sur l'histologie de ces lésions.

Des débris de fibres musculaires se voient par-ci par-là dans l'intervalle des granulations tuberculeuses, elles sont atrophiées, en voie de disparition, détruites par le processus tuberculeux.

La muqueuse est modifiée :

Dans la partie médiane de la lésion, immédiatement au-dessus d'un des abcès tapissés de lambeaux muqueux, abcès très superficiel dans cette région, les papilles ont à peu près disparu, la couche épithéliale est aplatie et amincie comme au niveau d'une cicatrice.

Sur les côtés, au cõntraire, les papilles sont allongées, déformées, séparées par des enfoncements épithéliaux ramifiés et anastomosés. Les cellules épithéliales ne sont pas altérées à proprement parler, la couche épithéliale est seulement infiltrée d'un assez grand nombre de cellules migratrices. Plus en dehors, la disposition papillaire redevient normale, et l'épithélium reprend des caractères tout à fait normaux.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Au point de vue étiologique, nous examinerons successivement l'âge, le sexe, l'hérédité, les antécédents morbides des malades dont nous possédons les observations, enfin le rôle du traumatisme. Or, nous voyons que la gomme tuberculeuse lingale est apparue :

4 fois	de 22 à 30	ans
5 —	de 30 à 40	—
4 —	de 40 à 45	—
3 —	de 45 à 50	—

Enfin, dans 2 observations, celles de Regnier et d'Auclair, l'âge du malade n'a pas été mentionné. Nous rappellerons aussi que dans les 2 cas rapportés par W. Clarke (voir notre Historique), il était question d'une fillette de quatorze ans et d'un petit garçonnet de quatre ans seulement.

L'influence du sexe paraît être nettement établie, dans 16 cas sur 18 le malade appartenant au sexe masculin.

L'hérédité n'a été recherchée que 7 fois dans nos 18 observations (Obs. V, VII, X, XII, XV, XVI, XVIII), et une

seule fois elle a permis de soupçonner la possibilité de la tuberculose chez les ascendants. Il s'agit du malade de Le Dentu (Obs. X), dont le père était mort d'une pleurésie. Dans toutes les autres observations les antécédents héréditaires des malades étaient excellents.

Si maintenant nous interrogeons la biographie pathologique personnelle de chaque individu, nous observons que :

Dans 4 observations seulement sur 18 (Obs. III, IV, VI, XI), nous ne rencontrons pas la tuberculose pulmonaire ; et encore l'Observation XI de Régnier a-t-elle trait à un malade ayant présenté d'autres foyers de tuberculose locale au niveau du tibia et de l'os malaire.

Les 14 autres observations signalent la concomitance des tuberculoses linguale et pulmonaire, sans qu'on puisse d'ailleurs assigner la priorité à l'une ou à l'autre de ces localisations. Dans certains cas, les sommets sont douteux ; dans les autres on rencontre des signes évidents de tuberculose au premier ou au second degré.

De plus, dans les observations d'Herbel et de Chauffard (Obs. IX et XIII), les auteurs mentionnent à la fois des manifestations tuberculeuses linguales, laryngées et pulmonaires.

Un autre point que nous tenons à établir ici, bien qu'il se rapporte autant à la pathogénie ou à la symptomatologie qu'à l'étiologie de la tuberculose gommeuse, c'est la coexistence de cette forme avec d'autres manifestations de la tuberculose linguale : nous voulons parler de l'ulcération tuberculeuse et de la tuberculose miliaire aiguë.

L'ulcération tuberculeuse, qui est en somme le stade ultime de l'évolution de la gomme, peut évoluer pour son propre compte, qu'elle la précède ou qu'elle l'accompagne, dans plus de la moitié des cas.

Nous n'avons trouvé, en effet, la gomme tuberculeuse non

accompagnée d'ulcérations préexistantes ou concomitantes que dans 9 observations (Obs. I, VI, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI) ; nous devons même dire que le malade de Chauffard (Obs. XIII) offrait une ulcération au niveau de la commissure labiale gauche.

Dans les 9 autres cas, il y avait coexistence d'ulcérations et de gomme tuberculeuse.

De plus, le malade de Frankel présentait les trois processus : nodulaire, ulcératif et tuberculeux miliaire aigu, ce dernier s'étant établi d'ailleurs en dernier lieu. Il est vrai que l'individu était porteur d'une affection pulmonaire double, ce qui nous laisse à penser que, chez lui, l'intensité de propagation de la diathèse était exaltée au maximum.

Il nous semble aussi qu'on pourrait retirer une autre notion étiologique de ce fait même que la langue, par sa situation à l'entrée des voies digestive et respiratoire, se trouve forcément en contact direct avec des ingestats tuberculeux (le lait par exemple), avec un air chargé de bacilles, etc., etc; survienne alors une ulcération, une simple érosion de la muqueuse, et, si le terrain est favorable, le microbe évoluera. Cette étiologie n'a été signalée dans aucune de nos observations, mais elle nous paraît très vraisemblable ; elle nous amène à parler du rôle du traumatisme.

Le trauma peut agir de trois façons différentes :

1° Comme agent d'inoculation directe, c'est-à dire en apportant avec lui l'agent microbien, en faisant une piqûre, une ulcération primitivement tuberculeuses.

2° Comme agent vulnérant simple, l'ulcération, primitivement simple, pouvant devenir consécutivement tuberculeuse par contact direct avec des microbes venus de l'extérieur (air, aliments) ou de l'individu lui-même (produits d'expectoration, etc.).

Dans ces deux cas, l'ulcération peut être le point de départ d'un abcès froid profond de la langue.

3° Enfin le traumatisme peut agir simplement comme choc, sans déterminer de solution de continuité de la muqueuse linguale.

Il ne fait alors qu'orienter le courant bacillaire vers l'organe lésé, ce courant pouvant prendre sa source dans un autre point plus ou moins éloigné de l'organisme (foyer de tuberculose pulmonaire, laryngée, osseuse, etc.).

L'observation de Régnier (Obs. XI) nous offre un frappant exemple de ce dernier mode d'action.

C'est aùssi par le traumatisme que nous expliquerons la plus grande fréquence de la gomme tuberculeuse chez l'homme. Chez l'homme, en effet, l'hygiène de la bouche est en général déplorable (tabac, usage de boissons alcooliques, etc.). Par cela même la langue chez lui est soumise à des causes irritatives incessantes, à des traumatismes répétés qui tendent à mettre l'organe en un état d'infériorité marquée vis-à-vis de l'infection. Nous reparlerons d'ailleurs de ce rôle du traumatisme dans notre chapitre de la pathogénie. Mais auparavant, il nous a paru convenable de résumer dans la proposition suivante les quelques notions étiologiques que nous avons essayé d'établir.

La tuberculose gommeuse de la langue se montre surtout chez les adultes (30-45 ans), de préférence chez les hommes, de préférence aussi chez ceux qui présentent des signes de tuberculose pulmonaire.

Le rôle de l'hérédité n'est pas démontré.

Celui du traumatisme est indiscutable.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Du relevé des observations que nous avons pu réunir, il résulte que la gomme tuberculeuse de la langue peut se présenter à nous de trois façons différentes :

1° Ou bien, c'est le cas le plus simple, elle a fait suite à une ulcération primitive de l'organe chez un individu présentant en outre d'autres manifestations de la tuberculose.

2° Ou bien, sans ulcération antérieure, elle s'est révélée chez un individu tuberculeux.

3° Ou bien encore, sans qu'on puisse relever chez lui aucun stigmate de la tuberculose, ni aucune ulcération, un individu offre au niveau de la langue une gomme tuberculeuse.

Aussi proposerons-nous, pour plus de clarté, de diviser de la façon suivante les gommes tuberculeuses profondes de la langue :

1° Gomme tuberculeuse secondaire.

2° Gomme tuberculeuse primitive.

3° Gomme tuberculeuse primitive vraie.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie des deux premières catégories. Nous avons vu, en effet, dans le précédent chapitre, le rôle du traumatisme agissant comme moyen d'inoculation directe ou indirecte dans le premier cas, ou simplement comme choc en orientant, dans le second cas, le courant microbien venu de l'individu lui-même vers le point traumatisé.

Disons toutefois que cette seconde théorie n'est pas admise par Whitman dans sa thèse. Pour lui, la gomme tuberculeuse linguale est toujours le résultat d'une inoculation. Il s'est appuyé sur les expériences suivantes :

Prenant des fragments d'un ganglion en partie caséeux, provenant d'un cobaye infecté artificiellement, il les mélangea à des morceaux de tissus hépatique, splénique et pulmonaire très riches en granulations. Il plaça le tout dans un mortier préalablement flambé et le broya avec une petite quantité d'eau récemment bouillie. Le liquide louche ainsi obtenu fut, avec l'aide d'une seringue de Pravaz stérilisée, inoculé à cinq lapins dans l'épaisseur des tissus de la langue. Le résultat des inoculations fut le suivant :

Lapin n° 1. — Résultat nul.

Lapin n° 2. — Ulcérations tuberculeuses superficielles sans lésions profondes.

Lapin n° 3. — Gomme tuberculeuse profonde sans lésions superficielles.

Lapin n° 4. — Ulcérations superficielles sans lésions profondes.

Lapin n° 5. — Gomme tuberculeuse profonde sans lésions superficielles.

Ce résultat (2 cas de réussite sur 5 cas d'inoculation) est, dit Whitman, « bien d'accord avec ce que nous savons de la fréquence relative des ulcérations tuberculeuses de la lan-

gue chez l'homme comparée à celle des gommes tuberculeuses profondes. »

L'examen histologique de ces gommes lui révéla que la « petite plaie produite par la canule au niveau de la muqueuse était *parfaitement cicatrisée* et que le foyer tuberculeux était séparé de la surface de l'organe par une épaisseur notable de tissu sain. » D'où il conclut que, étant donné un traumatisme insignifiant de la muqueuse linguale, le liquide virulent, la salive par exemple « peut dans certains cas pénétrer dans la profondeur de la langue et donner lieu, à ce niveau seulement, à la formation de tubercules, alors que les parties superficielles restent indemnes. »

Comme on le voit, Whitman n'admet qu'une théorie pathogénique de la gomme tuberculeuse linguale : celle de l'inoculation consécutive à une altération de la muqueuse.

Il est évident que cette théorie est applicable à ses propres expériences, où il y a eu piqûre et par conséquent solution de continuité de la muqueuse linguale. On peut de même l'appliquer à toutes les observations de tuberculose gommeuse précédée d'une lésion aussi légère qu'on voudra de cette muqueuse, lésion qui peut d'ailleurs s'être cicatrisée par la suite. Mais encore faut-il que l'existence de cette lésion soit démontrée sinon par l'examen clinique, du moins par l'examen anatomo-pathologique.

Dans tous les autres cas, où l'on ne retrouve aucune trace d'une lésion antérieure de la muqueuse, il faut bien reconnaître que le bacille a été amené dans l'épaisseur de la langue par l'intermédiaire du courant circulatoire lymphatique ou sanguin — que ce bacille vienne d'ailleurs d'un autre point de l'organisme déjà malade (gommes tuberculeuses primitives) — ou bien qu'il ait été apporté par l'air ou les ingestats dans un organisme parfaitement sain. C'est le cas

des gommes tuberculeuses primitives vraies (Obs. III, IV, VI, XI). Leur pathogénie, dirons-nous, est la même que celle des autres tuberculoses locales primitives. La langue, par la position qu'elle occupe, par les fonctions multiples qui lui sont dévolues, est soumise à une foule de traumatismes, de fatigues, qui la placent dans un état de moindre résistance, d'infériorité morbide. On peut comprendre dès lors, que, sous l'influence de causes irritatives, légères mais répétées, un individu non tuberculeux, mais simplement prédisposé à la tuberculose, un individu affaibli, surmené, par exemple, puisse faire une gomme tuberculeuse primitive de la langue. Il aurait pu faire de même une tumeur blanche du genou, s'il avait eu un traumatisme de cette région.

Amené par l'inoculation ou par le courant circulatoire lymphatique ou sanguin, le bacille est arrivé dans l'épaisseur du parenchyme lingual, que va-t-il se passer ? Si le terrain est favorable (nous le supposerons tel), l'agent microbien y évoluera de la même façon que dans tout autre point de l'organisme. Même lutte entre le bacille et les leucocytes mononucléaires, même englobement du bacille par le *macrophage*, même formation du tubercule avec sa cellule géante centrale et sa double couronne de cellules épithélioïdes et embryonnaires. Puis les tubercules se multiplient, se fusionnent, subissent la caséification ; le tissu conjonctif qui les entoure s'enflamme, leur forme une coque fibreuse, et la gomme tuberculeuse linguale est constituée.

Il nous reste maintenant à étudier la marche, la durée de l'évolution de cette gomme. C'est ce que nous nous proposons de faire dans notre chapitre de la symptomatologie.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

La gomme tuberculeuse de la langue se présente dans les conditions suivantes : le plus souvent unique, elle peut cependant affecter des caractères de multiplicité (Obs. V, VII, IX, XVIII). Le malade de M. H. Barth (Obs. V) avait la langue comme rembourrée de petits corps étrangers situés dans son épaisseur; de plus les tumeurs faisaient saillie les unes à la face dorsale, les autres à la face inférieure de l'organe. De même le malade de M. Dubreuilh (Obs. XVIII) présentait une gomme siégeant à la face inférieure droite près de la pointe.

Dans les seize autres observations, le tuberculome se montre à la face dorsale de la langue où il occupe à peu près indifféremment l'un ou l'autre bord, la ligne médiane, la partie antérieure ou la partie moyenne. Nous n'avons pas trouvé d'exemple de gomme tuberculeuse occupant la base de la langue.

Fréquemment (V. chap. *Etiologie*) on rencontre des ulcérations tuberculeuses avec leur physionomie propre, ulcérations qui tantôt ont précédé la gomme, tantôt paraissent lui être contemporaines.

Rien n'est plus difficile que de fixer avec précision la date de l'apparition de la tumeur. L'indolence de son évolution est en effet la règle. On a pourtant signalé des douleurs sourdes, térébrantes, névralgiformes avec irradiations du côté de la la face, du cou et même de l'oreille qui, dans deux cas (Obs. X de Le Dentu et Obs. XIII de Péan) auraient précédé la manifestation gommeuse.

Le système ganglionnaire ne semble avoir été examiné que dans 8 de nos observations (Obs. V, VI, X, XII, XIII, XIV, XVI, XVIII), et dans 3 de ces dernières (Obs. V, XII, XVI) il a été trouvé absolument indemne. Cinq fois seulement on signale la présence de ganglions rétro ou sous-maxillaires, pouvant atteindre la grosseur d'un pois, durs, et roulant sous le doigt. Ajoutons qu'enfin, dans l'observation de M. le professeur Dubreuilh, l'apparition des gommes linguales avait été précédée d'une véritable adénite sous-maxillaire double.

Quand la gomme n'est pas située profondément dans l'épaisseur du parenchyme, les malades la comparent à un petit « bouton plus gênant que désagréable » (Dardignac) ; dans ce cas, ils s'aperçoivent de la présence de la tumeur dès le début. Au contraire, l'examen par la palpation peut seul révéler l'existence de la lésion lorsqu'elle débute dans l'épaisseur de la langue. On a, dans ce cas, la sensation d'une tumeur solide, d'un corps étranger. La muqueuse conserve sa coloration et ses caractères normaux ; elle roule parfaitement à la surface de la tumeur. Puis cette gomme grandit peu à peu ; dans un laps de temps qui peut aller de quinze jours (Obs. I, de Fano) à trois ans (Obs. VI, de Poncet) elle peut atteindre le volume d'une grosse noix. Alors généralement elle est ramollie et présente des signes absolument nets de fluctuation et de rénitence. Elle s'est alors rapprochée de la muqueuse qui rougit, s'amincit et finit par s'ulcérer. L'ulcération, nous

l'avons déjà dit, est en effet le mode de terminaison le plus habituel de la gomme tuberculeuse linguale; mais ce n'est pas le seul. Les observations de Fano et de Gosselin nous montrent la possibilité de la formation d'une fistule communiquant par un trajet plus ou moins flexueux avec l'abcès profond.

Dans les deux cas, le liquide évacué est séro-purulent, jaune verdâtre et ne contient pas de bacilles, ce qui est d'ailleurs la règle pour tous les foyers de tuberculose locale. L'inoculation au cobaye réussit par contre d'une façon certaine. Dans l'observation de Le Dentu (Obs. X) le cobaye inoculé, sacrifié un mois après, présentait une tuberculose généralisée.

Les symptômes fonctionnels sont le plus souvent nuls, tant que du moins il n'existe pas d'ulcérations; tout au plus pourrait-on signaler un léger embarras de la parole. Si au contraire les gommes sont accompagnées d'ulcérations ou parvenues elles-mêmes à la phase ulcéreuse, la parole peut être très gênée, la déglutition et surtout la mastication des aliments durs impossibles, la salivation continuelle, l'haleine fétide. Quant aux phénomènes douloureux que nous avons signalés au début de ce chapitre (Obs. X et XII), ils ont toujours précédé l'apparition de la gomme. Cette dernière une fois constituée, les douleurs disparaissent complètement ou se bornent à quelques petits élancements.

Quant à l'état général des malades, il révèle, dans l'immense majorité des cas, des symptômes douteux du côté de l'appareil pulmonaire, parfois mêmes des signes très nets de tuberculose au premier ou au deuxième degré, la troisième période coïncidant surtout avec la forme ulcéreuse de la tuberculose linguale. Rappelons encore la coexistence possible avec le tuberculome profond de la langue de lésions bacillaires laryngées ou osseuses.

En résumé, nous pouvons dire :

La tuberculose gommeuse de la langue, non précédée d'ulcération, débute en général d'une façon insidieuse, sous forme d'un petit nodule complètement indolent et occupant l'épaisseur du parenchyme lingual. La muqueuse conserve ses caractères de coloration et de mobilité.

La marche de la tumeur est relativement lente, accompagnée très rarement de quelques élancements douloureux.

La gomme se termine par ulcération ou par fistule. Le pus évacué est jaune verdâtre, peu bacilifère, mais sa nature tuberculeuse s'affirme par l'inoculation au cobaye.

Les troubles fonctionnels sont légers. Le système ganglionnaire rétro et sous-maxillaire est peu fréquemment atteint.

L'examen de l'état général des malades révèle enfin des signes de tuberculose pulmonaire à la première ou à la deuxième période.

CHAPITRE VII

Diagnostic et Pronostic

Diagnostic. — Il nous a paru bon, pour la clarté du sujet, de considérer successivement dans ce chapitre :

I. — La gomme tuberculeuse ulcérée ou accompagnée d'ulcérations;

II. — La gomme non ulcérée, non accompagnée d'ulcérations, mais arrivée à la période de ramollissement, d'abcès froid;

III. — La gomme tuberculeuse proprement dite, sans ulcérations, et ne présentant aucun signe manifeste de ramollissement, ni fluctuation, ni rénitence, en un mot le tuberculome lingual.

I. — Lorsque la gomme tuberculeuse est accompagnée d'ulcérations ou qu'elle-même est ulcérée, le diagnostic en est généralement facile. L'ulcération en effet, avec sa base non indurée, ses bords nettement découpés, le semis, quand il existe, de petits points jaunâtres qui l'entoure (signe de Trélat), l'ulcération, dirons-nous, est comme la signature de la tuberculose; elle a, dans ce cas, une valeur pathognomonique.

II. — La seconde variété, celle d'une gomme arrivée à la période de ramollissement, d'abcès froid, nous met en présence d'une véritable tumeur liquide, et alors le diagnostic différentiel s'impose avec toutes les collections enkystées que nous pouvons rencontrer au niveau de la langue.

Toutes ces variétés de kystes (kyste muqueux, kyste sanguin, kyste à échinocoques, à cysticerques) présentent avec la gomme tuberculeuse une triade symptomatique commune : même indolence, même lenteur dans l'évolution, même absence de troubles fonctionnels, tant que du moins la tumeur n'a pas atteint un certain développement.

Il est vrai que le kyste muqueux, quand il est superficiel, fait une saillie absolument translucide ; mais cette transparence pathognomonique ne se montre que lorsque le kyste présente de grandes dimensions ; si, au contraire, il est petit et situé plus profondément que d'habitude dans le tissu sous-muqueux, le diagnostic en devient presque impossible.

En ce qui concerne les kystes sanguins, nous n'avons pu en trouver qu'un exemple rapporté par Bryant dans le quatrième volume des rapports de *Guys Hospital* et relaté par Butlin dans son excellent *Traité des Maladies de la Langue*. Encore cet auteur considère t-il ce cas comme celui d'un kyste muqueux transformé en kyste sanguin par une hémorrhagie qui se serait faite dans son intérieur. Dans l'observation de Bryant aucun signe, en particulier la coloration de la muqueuse, ne pouvait d'ailleurs différencier à l'examen ce kyste sanguin d'un kyste muqueux ordinaire. Ce que nous avons dit de ce dernier peut donc lui être appliqué.

Le kyste à cysticerques est une exception au niveau de la langue. Dans le cas rapporté par M. Hofmokl en 1877, l'ablation de la poche et l'examen du contenu permirent seuls un diagnostic post-opératoire.

Le kyste à échinocoques, moins rare que le précédent, est unique, petit, situé dans la profondeur des muscles de la langue, faisant saillie vers la partie moyenne de la face dorsale sous forme d'une tumeur lisse et arrondie ; la fluctuation y est rare à cause de la tension considérable qu'y présente le liquide.

Nous voyons d'après cela que la gomme tuberculeuse ramollie, l'abcès froid de la langue, offre avec tous ces kystes, en particulier avec la dernière variété, bien des caractères communs.

Si nous ajoutons que le siège de toutes ces formations kystiques est variable, les kystes muqueux et sanguins intéressant toutefois plutôt la base de l'organe, qu'elles peuvent se montrer en tout âge, tout en étant plus rares chez les enfants que chez les adultes, on comprendra qu'il ne reste qu'un moyen de diagnostic précis : la ponction exploratrice.

Quant aux gommes syphilitiques profondes de la langue, nous savons qu'elles peuvent se ramollir, se rapprocher de la surface de l'organe, tout en conservant leur forme arrondie ou ovalaire : « Il est souvent très facile, dit Butlin, de constater de la fluctuation dans celles qui présentent un volume considérable ». Plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, indolentes dans leur marche, elles ne diffèrent guère des gommes tuberculeuses que par leur multiplicité, la rapidité de leur évolution et leur tendance en général plus grande à l'ulcération précoce, ulcération qui ne tarde pas d'ailleurs à s'indurer.

Nous avons trouvé dans W. Fairlie Clarke (A treatise of diseases of the tongue) un tableau qui nous paraît résumer parfaitement la symptomatologie de la syphilis gommeuse de la langue. Nous le traduisons *in extenso* et il nous permettra d'esquisser le diagnostic différentiel entre la gomme syphilitique et la gomme tuberculeuse linguale.

La gomme syphilitique, selon Clarke, se présente avec les caractères suivants :

1° Généralement elle se montre avant quarante ans ;

2° Elle occupe fréquemment la ligne médiane ;

3° Elle se présente sous la forme d'une tumeur ovale ou oblongue ;

4° Les phénomènes douloureux sont légers ou nuls ;

5° L'ulcération est primitive, ou bien elle devient indurée ;

6° Les mouvements de la langue sont conservés ;

7° La parole est facile et distincte ;

8° Le système ganglionnaire n'est pas atteint ;

9° Il n'y a jamais d'escharres (à la surface de l'ulcération) ;

10° L'accroissement est lent ou demeure stationnaire ;

11° L'affection s'amende sous l'influence du traitement ;

12° Il y a enfin les commémoratifs et les symptômes de la diathèse syphilitique.

Si nous nous reportons à la description que nous avons donnée de la gomme tuberculeuse dans notre chapitre de symptomatologie, nous voyons qu'elle ne diffère de celle de la gomme syphilitique qu'en trois points :

1° La gomme tuberculeuse est parfois accompagnée d'adénite sous-maxillaire ou rétro-maxillaire ;

2° Dans le cas où la tuberculose linguale débute par une gomme, l'ulcération se montre plus tardivement ;

3° Les commémoratifs (hérédité, examen du malade, etc.) pourront, dans beaucoup de cas, nous mettre sur la voie ou de la diathèse syphilitique ou de la diathèse tuberculeuse.

Quant à ce qu'on est convenu d'appeler la pierre de touche du traitement spécifique, nous estimons qu'on ne saurait s'en servir comme moyen de diagnostic. Dans le cas de Chauffard, en effet (Obs. XIII), il n'a fait qu'aggraver la tuberculose linguale méconnue.

In dubito, mieux vaut encore une fois s'adresser à la ponction exploratrice, suivie d'inoculation expérimentale.

III. — Il nous reste maintenant à nous occuper des gommes tuberculeuses n'offrant aucun signe de ramollissement, des tuberculomes proprement dits de la langue.

Leur diagnostic est à établir avec toutes les tumeurs solides, à forme nodulaire, qu'on rencontre dans cette région.

Voyons d'abord les tumeurs bénignes, graisseuses ou fibreuses.

Le lipome de la langue est extrêmement rare; il siège, en général, sur le bord, près de la pointe, et se rapproche plus souvent de la face inférieure que de la face dorsale de l'organe; sa marche est si lente, selon Butlin, que ce n'est quelquefois qu'au bout de dix, quinze ou vingt ans, qu'il atteint le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon; enfin, il ne tend jamais vers l'ulcération. En général, on le reconnaît facilement à sa forme lobulée, à la sensation de fluctuation, ou tout au moins de grande mollesse qu'il présente, enfin à sa coloration jaune doré qu'on peut souvent découvrir par transparence, à travers la membrane muqueuse rosée, lisse et dépapillée qui le recouvre.

Le fibrome de la langue, bien plus fréquent que le lipome, présente à peu près les mêmes caractères que ce dernier. Généralement arrondi, il peut pourtant être bosselé comme lui. Toutefois, sa marche est un peu moins lente; il occupe de préférence la face dorsale de la langue et il ne montre jamais la coloration jaune doré caractéristique de la tumeur graisseuse.

On ne signale guère que quatre ou cinq cas d'adénomes linguaux et encore les a-t-on toujours pris pour des lipomes ou des fibromes.

Les enchondromes et les ostéomes de la langue (cas de

Weber, d'Arnold et Bastien) seraient plutôt, d'après Butlin, des tumeurs congénitales renfermant du tissu adipeux, du tissu fibreux et une certaine quantité de tissu cartilagineux ou osseux. L'état stationnaire de ces tumeurs, l'inégalité de leur consistance, et en particulier leur excessive dureté en certains points, permettront en général de les diagnostiquer.

Les angiomes se rencontrent de préférence sur la moitié antérieure de la face dorsale de la langue. On les reconnaîtra à leur coloration bleuâtre, à leur mollesse, à leur réductibilité, au lacis veineux qui parcourt leur surface, etc. Enfin, dans les cas douteux, on aura recours à la ponction (cas d'un angiome caverneux irréductible et sans coloration spéciale de la muqueuse signalé par Butlin).

Les anévrysmes circonscrits sont réductibles, pulsatiles, peuvent donner lieu à des hémorrhagies abondantes et fréquentes. Dans le cas de Bryant, la tumeur siégeait à la pointe et sur la moitié antérieure de l'organe, et on percevait des artérioles volumineuses et tortueuses qui se dirigeaient de la base de la langue vers la tumeur.

Nous ne ferons que mentionner la présence possible de corps étrangers dans l'épaisseur de la langue et les nodosités dentaires. Les commémoratifs pour les premiers, la situation des secondes sur le bord de la langue au voisinage d'une dent cariée qui laisse son impression à la surface de la tumeur, suffiront à établir le diagnostic.

Le léprome de la langue, à forme nodulaire, peut atteindre le volume d'une noisette et est parfaitement indolent ; mais il est toujours accompagné d'autres signes de lèpre (tubercules anesthésiques aux points d'élection, au niveau du lobule de l'oreille, de la queue du sourcil, etc. ; lépromes circonscrits ou diffus et plaques anesthésiques dans diverses régions du corps, etc.). Il n'y a pas, en effet, d'exemple de léprome pri-

mitif de la langue. D'ailleurs ce léprome lingual présente un caractère important, c'est qu'il est absolument anesthésique. Au besoin, on aurait recours à l'examen microscopique de fragments du tubercule qui révélerait la présence du bacille de Hansen.

On a signalé surtout en Angleterre et en Allemagne (*wooden tongue* des Anglais ; *holtzunge* des Allemands), des noyaux actinomycotiques dans l'épaisseur de la langue. Ce sont des « tumeurs arrondies, noueuses, plus ou moins fongueuses, lisses à la surface, et dont la consistance varie entre la mollesse d'un sarcome médullaire et la dureté d'un fibro-sarcome ou d'un sarcome » (Johne). Ajoutons que « ces tumeurs sont indolores, siègent de préférence dans la moitié antérieure de la langue, près de la pointe ; elles peuvent atteindre la grosseur d'une noisette, sont bien circonscrites, sans traînées adjacentes, recouvertes d'une muqueuse indemne » (Rolland).

Examinons pour terminer les tumeurs malignes de la langue.

Le lympho-sarcome de la langue est extrêmement rare ; et pour Butlin, il serait inutile d'en tenter la description.

Le carcinome lingual (qui est toujours un carcinome à cellules épidermiques, ou épithélioma) peut débuter sous plusieurs formes : de vésicule, d'excoriation, d'ulcère, de fissure, de papule ou tubercule très petit, de verrue ou papillome, enfin de grosseur ou de nodule dans l'épaisseur de la langue, dans les tissus sous-dermiques (Butlin).

Ce dernier mode de début du cancer, le seul qui nous intéresse ici, est à vrai dire le moins fréquent. L'ulcération est en général plus tardive que dans les autres formes : le système ganglionnaire sous-maxillaire peut n'être atteint qu'à une phase assez avancée ; et, le plus souvent, il faut chercher avec soin les ganglions du côté correspondant à la moitié

malade. La douleur peut exister dès l'origine, être très aiguë, térébrante, lancinante avec irradiations du côté de l'oreille. Mais, si elle n'existe pas au début, si le retentissement ganglionnaire n'est pas exagéré, si la salivation n'est pas abondante, si en un mot les symptômes du cancer sont très atténués, on pourra hésiter entre le diagnostic de carcinome à début nodulaire ou de tuberculome lingual, d'autant que ce dernier comme le cancer se montre surtout après l'âge de quarante ans et plus fréquemment chez l'homme.

Dans ce cas comme dans beaucoup d'autres (et c'est ainsi que nous résumerons ce long chapitre du *Diagnostic*), en l'absence de symptômes généraux, d'antécédents héréditaires ou personnels, pouvant le mettre sur la voie de la tuberculose, dans ce cas, dirons-nous, il ne restera au praticien qu'un moyen de diagnostic : la ponction exploratrice suivie d'inoculation au cobaye.

Pronostic. — Nous n'avons pas fait un chapitre à part pour le pronostic des gommes tuberculeuses. Tout ce que nous voulons en dire, c'est que ce pronostic est subordonné à celui des lésions pulmonaires concomitantes. Il est moins grave que celui de l'ulcération tuberculeuse par conséquent, puisque cette dernière se montre surtout à la troisième période de la tuberculose pulmonaire. De plus, il commande l'intervention précoce, qui seule pourra empêcher la gomme d'arriver à cette période d'ulcération.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Signalons seulement le traitement proposé par M. Fernet et consistant en applications quotidiennes, pendant plusieurs mois, de naphtol camphré. Il aurait, paraît-il, dans un cas analogue à celui de M. Chauffard (Obs. XIII) obtenu ainsi une guérison presque complète. L'acide lactique, en solution au 1/10e aurait aussi donné d'assez bons résultats à M. Rendu. Nous n'avons pu retrouver les observations de ces deux auteurs.

D'ailleurs, nous ne voyons là qu'un traitement palliatif qu'on devra réserver pour les cas où il y aurait contre-indication à une intervention opératoire.

Ces cas sont les suivants :

1° Quand l'étendue des lésions s'oppose à une opération radicale (Obs. de Chauffard).

2° Quand l'état général du malade est mauvais, qu'il présente un aspect cachectique ou que sa tuberculose pulmonaire est trop avancée (tuberculose pulmonaire double, cavernes, etc.). Dans ces circonstances, en effet, l'opération peut réussir en tant qu'opération, mais elle semble donner un coup de fouet à l'infection générale ; la langue se cicatrise bien, mais le malade ne tarde pas à succomber à ses lésions pulmonaires. (Voir Obs. VII de Péan.)

Mais, si la lésion locale est bien circonscrite, si l'état général du malade est satisfaisant, s'il ne présente que des signes de tuberculose au premier ou même au deuxième degré, il n'y a plus qu'une règle à suivre :

Il faut intervenir et intervenir rapidement.

Comme le dit M. Poncet (Obs. VI) « il faut se comporter vis-à-vis de cette tuberculose interstitielle de la langue comme on le fait en présence de toute tuberculose locale. »

Nous ne décrirons pas ici tous les procédés opératoires qui ont été mis en usage. Leur choix dépendra évidemment des caractères présentés par la tumeur, de sa situation notamment. Ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'il ne suffit pas de vider la poche par une ponction ou une large incision ; il faut en pratiquer l'ablation. Dans toutes les observations que nous avons rapportées et où l'intervention sanglante a eu lieu, la cicatrisation s'est faite par première intention. Mieux vaut donc avoir recours au bistouri qu'au thermocautère ou au galvanocautère qui ne permettent pas la réunion immédiate. Si la gomme n'est pas bien circonscrite, si ses parois ont contracté des adhérences ne permettant pas de la séparer par la dissection des parties voisines, il faut, la poche vidée, pratiquer un raclage, un curetage minutieux (Obs. XV). En un mot il ne faut refermer la plaie, il ne faut placer les sutures au catgut, que lorsqu'on est bien sûr de n'y avoir laissé aucun débris tuberculeux susceptible de devenir le point de départ d'une récidive. Les opérations ainsi faites (en se conformant bien entendu à toutes les exigences de l'antisepsie) ont toujours été suivies d'une guérison rapide.

Quant à l'état général, il est bien entendu qu'on dirigera contre lui toutes les ressources de la thérapeutique antituberculeuse, sur laquelle nous n'avons pas à insister ici.

CHAPITRE IX

CONCLUSIONS

I. — Les gommes tuberculeuses de la langue, dont nous avons réuni dix-huit observations, se montrent surtout chez les adultes (de trente à quarante-cinq ans), de préférence chez les hommes, de préférence aussi chez les gens atteints de tuberculose pulmonaire à la première ou à la deuxième période.

Elles occupent plutôt la face dorsale de l'organe.

II. — Au point de vue pathogénique on peut admettre qu'elles sont consécutives à une ulcération (inoculation directe) ou primitives et alors l'invasion bacillaire se fait par le torrent circulatoire lymphatique et sanguin.

III. — Les symptômes fonctionnels sont nuls dans l'immense majorité des cas. Le début de l'affection est insidieux, la marche en est fréquemment lente et presque toujours indolente ; la terminaison habituelle est l'ulcération.

IV. — On peut les confondre avec toutes les tumeurs liquides ou solides qu'on rencontre au niveau de la langue (kystes, gommes syphilitiques, carcinome au début, léprome nodulaire, etc.). Le diagnostic pourra toujours se faire par la ponction et l'inoculation au cobaye.

V. — Le pronostic des gommes tuberculeuses est subordonné à celui des lésions pulmonaires concomitantes.

VI. — Le traitement local doit être exclusivement chirurgical et consister dans l'ouverture de la gomme, la dissection de sa poche au bistouri, ou, dans le cas d'adhérences, l'abrasion des parois par un raclage et un curetage minutieux. La réunion se fait par première intention. Il n'y a de contre-indication que quand les lésions locales sont trop étendues ou que l'état général est mauvais.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 juillet 1896.
Le Recteur :
A. COUAT

Vu, bon à imprimer :
Bordeaux, le 15 juillet 1896.
Le Président de la Thèse,
ARNOZAN.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRÉS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Demarquay. — *Dictionnaire de Méd. Pratique.* Art. Langue.

1804. — Portal. — *Cours d'Anatomie Médicale.*

1862. — Fano. — Abcès froid et fistules de la langue (*Union Médicale*).

1872. — Gosselin. — *Clin. Chirurgicale de la Charité* (t. II).

1863. — W. Fairlie Clarke. — A treatise of diseases of the tongue.

1882. — Heurtaux. — Tubercules de la Langue (*Bull. Soc. Anat. de Nantes*, 1882 et *Journal de Méd de l'Ouest*, Nantes, 1884).

1883. — De Brun. — Abcès froid de la Langue (*France Médicale*, février).

1884. — Gade. — Nord. Mag. für. Logend., 1884 (relatée *in* thèse Whitman et *in* thèse Sauvage).

1887. — H. Barth. — Tuberculisation parenchymateuse de la langue à forme nodulaire, gommes tuberculeuses de la langue (Soc. Méd. Hôp. Paris, séance du 25 nov.).

1888. — Poncet. — *Lyon Médical*, t. II, p. 169. Société nationale de Méd. de Lyon (séance du 28 mai).

1889. — Butlin. — A treatise of diseases of the tongue (Traduction française du Dr Douglas-Aigre).

1891. — Herbel. — Inaugural dissertation Wurtzburg (Résumée *in* thèse Sauvage).

1891. — Frankel. — Communicat. à la Soc. de Méd. de Berlin, 4 janvier (Trad. *in* thèse Sauvage).

1892. — Le Dentu. — V. thèse Whitman.

1892. — Péan. — *Cliniques chirurgicales.*

1893. — Régnier. — *In* thèse Whitman.

1893. — Chauffard. — Tuberculose gommeuse profonde de la langue (Soc. Méd. Hóp. de Paris, séance du 24 février).

1893. — Whitman. — Contr. à l'étude de la tub. linguale. Des abcès froids de la langue (Thèse de Paris, 1893-94, nº 48).

1894. — Dardignac. — Un cas de tuberculome lingual. Abcès froid tuberculeux de la langue (*Gaz. heb. de Méd. et de Chirurgie,* 25 août).

Annales de Dermatologie, 1895, p. 595.

1894. — Sauvage. — Essai sur les abcès froids de la langue (Thèse Paris, 1894-95, nº 68).

1895. — Rolland. — La tuberculose intra-linguale (Thèse Lyon, 1895-96).

1896. — Auclair. — Abcès froids de la langue (*Revue internat. de Médecine et de Chir.*, 10 février).

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.